



Agence Nationale de l'Aviation
Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-01-A

EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL
DE L'AERONAUTIQUE CIVILE

Date d'application :
10/09/2018

Page
1 sur 1

TYPE DE PERSONNEL : Contrôleur Aérien
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECINA
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>Diop</u>	Activité(s) pratiques
Prénom : <u>Alioune Badara</u>	<input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur
Nationalité : <u>senégalaise</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon
Né(e) le : <u>24/04/72</u> à : <u>Rufisque</u>	<input type="checkbox"/> Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)
Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS, 06.12.2023</u>	Aérodrome :
Adresse : <u>Sante Yalla Rufisque, n°72</u>	Activités aériennes antérieures : Heures de vol :
Téléphone : <u>775976176</u> email : <u>abdiop.alioune@gmail.com</u>	
Profession/activité : <u>Contrôleur</u>	
Situation de famille : <u>Marier</u>	

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON
Si OUI : Date : 13/06/2023 Lieu : AMS Nom du médecin : Dr Corréa
Vous avez été déclaré : Apte Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? OUI NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

	OUI	NON
1 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		X
2 Taux de cholestérol élevé		X
3 Maladie respiratoire		X
4 Maladies de l'estomac		X
5 Maladies du foie		X
6 Diabète		X
7 Maladies rénales		X
8 Maladies articulaires et du dos		X
9 Maladie thyroïdienne		X
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		X
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels	X	X
12 Vertiges, pertes de connaissance		X
13 Migraines		X

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		X
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		X
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		X
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		X
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		X
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		X
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		X
21	Consommez-vous de l'alcool ?		X
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	X	
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		X
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		
25	Autres		

Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux textes en vigueur.

Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

06-12-2023

ABuy

Annotations du médecin-examinateur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :



Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date d'application : 10/06/2017

Page 1 sur 2

NOM : *Diop* Prénoms : *Alisoune Badara* Date de naissance (JJ/MM/AAAA): *24.06.1972*
 Lieu de naissance : *Puissance*

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>181</i> cm	(203) Poids <i>70</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Noir</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <i>136</i> Diastolique <i>84</i>	(207) Pouls au repos Pulsations <i>87</i> Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier
--	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---	--

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<i>✓</i>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<i>✓</i>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<i>✓</i>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<i>✓</i>		(220) système génito-urinaire	<i>✓</i>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<i>✓</i>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<i>✓</i>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<i>✓</i>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<i>✓</i>
(213) Yeux - pupilles	<i>✓</i>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<i>✓</i>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<i>✓</i>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<i>✓</i>
(215) Poumons, thorax, seins	<i>✓</i>		(225) Psychiatrie	<i>✓</i>
(216) Cœur	<i>✓</i>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<i>✓</i>
(217) Système vasculaire	<i>✓</i>		(227) Etat général	<i>✓</i>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
Controle de vue 5 ans. Anné. 3 yeux. *Tabele = 0*
Alle = 0
Spall = 9/20
III = 0

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine Normale anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact	
		normal	anormal
Œil droit sans correction	Corrigée à	<i>No</i>	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	<i>No</i>	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	<i>No</i>	
(230) Vision intermédiaire	Sans correction	Oui	Non
	Avec correction	Oui	Non
N14 lu à 100cm			
Œil droit		<i>No</i>	
Œil gauche		<i>No</i>	
Vision binoculaire		<i>No</i>	

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal / Anormal
(238) ECG			<i>06-09-2017</i>	<i>✓</i>
(239) Audiogramme				
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				



Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date d'application : 10/06/2017

Page 2 sur 2

(231) de près N5 lu à 30 – 50cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non

Œil droit				
Œil gauche				
Vision binoculaire				

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact		
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Type :		Type :		
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) **Perception des couleurs** Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>20</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis (si 239/241 non réalisé)

Oreille droite	Oreille gauche
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

Audiométrie éventuelle.

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	14,2 (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(248) **commentaires, limitations :**
Pat. Cauchem de l'equ *Après classe → 30-06-2017*

(249) **Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé**

Je soussigne certifie que j'ai personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète.

(250) Lieu et date

06-12-2013

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis : _____ Nom : _____

Signature

Dr Patrick CORREA
Médecine Aérospatiale
SN-MED-804
DGAC N°3857 - FAA-00773

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

APTE pour la classe :
 INAPTE pour la classe :
 Remis pour une évaluation complémentaire

dans l'affirmative, indiquer :
 Le destinataire : _____
 Le motif : _____

Renvoi/Concertation

Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat.

Décision n° Du

Libellé :

Champ d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(250) Lieu et date

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassadeurs
DAKAR SENEGAL

Cache et signature

Dr Patrick CORREA
Médecine Aérospatiale
SN-MED-804
DGAC N°3857 - FAA-00773

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-MED-FORM-03-A	
	CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE	Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

CATEGORIES		
CLASSE 1 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input checked="" type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **ALIOUNE BADARA DIOP**.....

Né(e) le : **24/04/1972** à RUFISQUE... Age : **...51 ANS**.....

Demeurant : **SANTE YALLA RUFISQUE VILLA N°72**.....

REPOND (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **06/12/23**

Limite de validité : **30/06/24** Durée de validité : **...6 MOIS**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet



Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, la validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.