

|                                                                                                                                                         |                                                             |  |                                 |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--------------|
| <br><b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b> | <b>FORMULAIRE</b>                                           |  | <b>SN-SEC-MED-FORM-01-A</b>     |              |
|                                                                                                                                                         | <b>EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE</b> |  | Date d'application : 10/09/2018 | Page 1 sur 1 |

**TYPE DE PERSONNEL :** PILOTE  
**CLASSE :** 1  
**NOM DE L'EMPLOYEUR :** ARC EN CIEL  
**ADRESSE :** YOFF TOUNDOUP RYA N°112

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom : THIOUNE<br>Prénom : ALIOUNE MBOYE<br>Nationalité : SENEGALAISE<br>Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M<br>Né(e) le : 20/02/1989 à : DAKAR<br>Lieu et date de l'examen médical : DAKAR 27/01/2022<br>Adresse : 3 AV. DES AMBASSADEURS<br>YOFF TOUNDOUP RYA N°112<br>Téléphone : 77-452 92-00 email : alioune.thioune14@gmail.com<br>Profession/activité : PILOTE<br>Situation de famille : CELIBATAIRE | <b>Activité(s) pratiques</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur<br><input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon<br><input type="checkbox"/> Autres précisez :<br>Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)<br>Aérodrome : AEROPORT MILITAIRE LSS<br>Activités aériennes antérieures : PILOTE<br>Heures de vol : 501 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? ☒ OUI ☐ NON

Si OUI : Date : 26/07/2021 Lieu : DAKAR Nom du médecin : Dr KAOUK

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 » |                                              |                                     | Répondez aux questions suivantes : |                                                                           | OUI | NON                                 |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------|
| Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :           |                                              |                                     | 14                                 | Troubles du sommeil                                                       |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1                                                  | Troubles cardiaques, hypertension artérielle | <input checked="" type="checkbox"/> | 15                                 | Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?                            |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2                                                  | Taux de cholestérol élevé                    | <input checked="" type="checkbox"/> | 16                                 | Avez-vous eu un accident dans le passé ?                                  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3                                                  | Maladie respiratoire                         | <input checked="" type="checkbox"/> | 17                                 | Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?                      |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4                                                  | Maladies de l'estomac                        | <input checked="" type="checkbox"/> | 18                                 | Etes-vous un consommateur de tabac ?                                      |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5                                                  | Maladies du foie                             | <input checked="" type="checkbox"/> | 19                                 | Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?                        |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6                                                  | Diabète                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | 20                                 | Faites-vous usage de drogues illicites ?                                  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7                                                  | Maladies rénales                             | <input checked="" type="checkbox"/> | 21                                 | Consommez-vous de l'alcool ?                                              |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8                                                  | Maladies articulaires et du dos              | <input checked="" type="checkbox"/> | 22                                 | Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9                                                  | Maladie thyroïdienne                         | <input checked="" type="checkbox"/> | 23                                 | Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?                    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10                                                 | Tumeur ou maladie cancéreuse                 | <input checked="" type="checkbox"/> | Pour les candidates :              |                                                                           |     |                                     |
| 11                                                 | Œil : choc, maladies, troubles visuels       | <input checked="" type="checkbox"/> | 24                                 | Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?                     |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12                                                 | Vertiges, pertes de connaissance             | <input checked="" type="checkbox"/> | 25                                 | Autres                                                                    |     |                                     |
| 13                                                 | Migraines                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |                                    |                                                                           |     |                                     |

**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

27/01/2022



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

Frère Ti-Païde. de av/k.

|                                                                                                                                                         |                                 |  |                                 |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------|--------------|
| <br><b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b> | <b>FORMULAIRE</b>               |  | <b>SN-SEC-MED-FORM-02-A</b>     |              |
|                                                                                                                                                         | <b>RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL</b> |  | Date d'application : 10/06/2017 | Page 1 sur 2 |

|                                                                                                                                                                                                        |                                 |                                                    |                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOM : <b>THIOUNE</b>                                                                                                                                                                                   | Prénoms : <b>Alicane / Boye</b> | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <b>20/08/1989</b> | Lieu de naissance : <b>Dakar</b>                                                                                        |
| (201) Catégorie d'examen<br><input checked="" type="checkbox"/> Initial<br><input type="checkbox"/> Prorogation<br><input type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille : <b>185</b> cm    | (203) Poids : <b>75</b> kg                         | (204) Yeux couleur : <b>Noir</b>                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                        |                                 |                                                    | (205) Cheveux couleur : <b>Noir</b>                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                        |                                 |                                                    | (206) Tension artérielle (assis) mmHg<br>Systolique : <b>130</b> Diastolique : <b>80</b>                                |
|                                                                                                                                                                                                        |                                 |                                                    | (207) Pouls au repos : <b>58</b><br><input type="checkbox"/> irrégulier<br><input checked="" type="checkbox"/> régulier |

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item ayant chaque commentaire

*ORL - Ceoma Caucum - Or sur SEP - Pas de rétro - 1er emploi*  
*Ce lab ouft : 32 ans*  
*Talau = 0 Ale = 0 Adt = 0 Spant = 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 |
|-------------------------------------|-----------|------------|------------------|
| Œil droit sans correction           | <b>10</b> | Corrigée à |                  |
| Œil gauche sans correction          | <b>10</b> | Corrigée à |                  |
| Vision binoculaire, sans correction | <b>10</b> | Corrigée à |                  |

(230) Vision intermédiaire

Sans

Avec correction

correction

N14 lu à 100cm

|                    | Oui                                 | Non | Oui | Non |
|--------------------|-------------------------------------|-----|-----|-----|
| Œil droit          | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |
| Œil gauche         | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |
| Vision binoculaire | <input checked="" type="checkbox"/> |     |     |     |

| Glucose                             | Protéines                           | Sang                                | Autres |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |        |

| Rapport annexés | Non réalisés | Date | Nor mal | Anor mal |
|-----------------|--------------|------|---------|----------|
|-----------------|--------------|------|---------|----------|

|                               |  |                   |                                     |                                     |
|-------------------------------|--|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| (238) ECG                     |  | <b>27-01-2012</b> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| (239) Audiogramme             |  | <b>27-01-2012</b> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| (240) Examen Ophtalmologique  |  | <b>27-01-2012</b> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| (241) Examen ORL              |  | <b>27-01-2012</b> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| (242) Lipides sanguins        |  | <b>27-01-2012</b> |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (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

Sans

Avec correction

correction

N5 lu à 30 - 50cm

Oui

Non

Oui

Non

Œil droit

Œil gauche

Vision binoculaire

(232) Lunettes

(233) Lentilles de contact

Oui ☐

Non ☒

Oui ☐

Non ☐

Type :

Type :

réfraction

Sph

Cylindre

Axe

Ajouter

(313) Perception des couleurs

Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées

Type ISHIHARA

Nombre d'erreurs

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 239/241 non réalisé)

Oreille

droite

Oreille

gauche

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

Oui ☐

Non ☐

Oui ☐

Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000

Oreille  
droite

Oreille  
gauche

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

Glycémie: 112 mg/dl

VEMS/CV

%

Peak Flow

(l/min)

(g/dl)

Normal ☐

Anormal ☐

Normal ☐

Anormal ☐

Normal ☐

Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

VS = 39 - SGR = 51 SGR = 149 SGR = 141. à surveiller.  
Bilan Hématologique RAS. Val. pnc. médicaments. Apté dans 1-2 07-01-2017

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

Je soussigné 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

01-07-2017

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA  
3, Av. des Ambassades  
Dakar - SENEGAL

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA  
Médecine Aeronautique  
ANACM/ANACS/DTA/08  
DGAC N° 3857 - FAA 00771

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 :

Dr Patrick CORREA  
Médecine Aeronautique  
ANACM/ANACS/DTA/08  
DGAC N° 3857 - FAA 00771

Signature :

(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 :

Bilan Hématologique.  
Echec H.  
Ag HbS. Ag Hbs.  
Ag Hbe.

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

☒

☐

☐