



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 : OP

CLASSE : 1

NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL SA

ADRESSE : BAT 2 ROUTE DU KING FAHD

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : THIONE
Prénom : ALIOUNE MBAYE
Nationalité : SENEGALAISE Sexe : F M
Né(e) le : 20/02/1989 à : DAKAR
Lieu et date de l'examen médical :
Adresse :
Téléphone : 77452 92 00 email : ALIOUNE.THIONE14@GMAIL.COM
Profession/activité : PILOTE DE LIGNE
Situation de famille : CÉLIBATAIRE

Activité(s) pratiques

Avion Planeur
 Hélicoptère Ballon

Autres précisez :
Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)

Aérodrome : DIASS

Activités aériennes antérieures :
Heures de vol : 1045

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

Si OUI : Date : 17/01/2023 Lieu : DAKAR Nom du médecin : M. 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 »

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

Répondez aux questions suivantes :

| | OUI | NON |
|--|-----|----------|
| 14 Troubles du sommeil | | <u>α</u> |
| 15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? | | <u>α</u> |
| 16 Avez-vous eu un accident dans le passé ? | | <u>α</u> |
| 17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ? | | <u>α</u> |
| 18 Etes-vous un consommateur de tabac ? | | <u>α</u> |
| 19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ? | | <u>α</u> |
| 20 Faites-vous usage de drogues illicites ? | | <u>α</u> |
| 21 Consommez-vous de l'alcool ? | | <u>α</u> |
| 22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles | | <u>α</u> |
| 23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ? | | <u>α</u> |
| 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

12/01/2024

Annotations du médecin-examineur 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 : | | Prénoms : | | | Date de naissance (JJ/MM/AAAA): | | Lieu de naissance : | |
| (201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille | (203) Poids | (204) Yeux couleur | (205) Cheveux couleur | (206) Tension artérielle (assis) mmHg | | (207) Pouls au repos | |
| | 185 cm | 73 kg | Vert | Blond | Systolique | Diastolique | Pulsations | 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 | <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 avant chaque commentaire
 OPL. ATR 72. Non Seryuel. SA. 3hans. Cechb. œufl. Spout. - 0. P. T. C. b. u. e. a. A. l. e. n. o.

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 | 10 | Corrigée à | |
| Œil gauche sans correction | 10 | Corrigée à | |
| Vision binoculaire, sans correction | 10 | Corrigée à | |

(230) Vision intermédiaire

| | | | | |
|-------------------|-------------------------------------|-----|-----------------|-----|
| N14 lu à 100cm | Sans correction | | Avec correction | |
| | Oui | Non | Oui | Non |
| Œil droit | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Œil gauche | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Vison binoculaire | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |

| | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|
| Glucose | Protéines | Sang | Autres | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Rapport annexés | | Non réalisé | Date | Nor mal |
| | | | 12-01 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (238) ECG | | | 12-01 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (239) Audiogramme | | | 12-01 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (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 | | Sans correction | | Avec correction | |
| N5 lu à 30 – 50cm | | Oui | Non | Oui | Non |
| Œil droit | | | | | |
| Œil gauche | | | | | |
| Vison binoculaire | | | | | |
| (232) Lunettes | | (233) Lentilles de contact | | | |
| Oui <input type="checkbox"/> | | Non <input checked="" type="checkbox"/> | | Oui <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 | Nombre d'erreurs |

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

| | | |
|--|---|---|
| Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur | Oreille droite | Oreille gauche |
| | Oui <input checked="" type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Non <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Audiométrie éventuelle

| | | | | | | |
|----------------|-----|------|------|------|------|------|
| Hz | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 |
| Oreille droite | | | | | | |
| Oreille gauche | | | | | | |

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

| | | |
|--|--|---|
| VEMS/CV % | Peack Flow (l/min) | H ₂ O 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 :

Apté classe 1 → 31-01-2025

(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

12-01-2024

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature



| | | | | |
|------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| D : mmHg | | | | |
| (244) Divers (Sujet ?) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

| | |
|-------------|-------------|
| Avis : | Nom : |
| <i>Apté</i> | |
| | Signature : |

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

APTÉ 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 <input checked="" type="checkbox"/> | Classe 2 <input type="checkbox"/> | Classe 3 <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|

| | | | |
|---|--|------------------------------------|------------------------|
|  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 checked="" type="checkbox"/> | CLASSE 2 <input type="checkbox"/> | CLASSE 3 <input type="checkbox"/> |

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **MD 004 ANACS DT 08**

Certifie que M : **ALIOUNE MBAYE THIOUNE**

Né(e) le : **20/02/89** à DAKAR..... Age : ... **34 ANS**.....

Demeurant : ...**YOFF**.....

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 : **12/01/24**

Limite de validité : **31/01/25** Durée de validité : ... **1 AN**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

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 Evaluateur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|-----------------|
|  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 checked="" type="checkbox"/> | CLASSE 2 <input type="checkbox"/> | CLASSE 3 <input type="checkbox"/> |

Je soussigné, Docteur :

M. KAOUK

Titulaire de l'agrément n :

MEJ 003

Certifie que M :

ALIOUNE NDIAYE THIOUNE

Né(e) le : 20 FEV 1989 à DAKAR

Age : 34

Demeurant :

704 Fourniloul

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 : 17 JAN 2023

Limite de validité : 31 JAN 2024 Durée de validité : 1 an

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Dr. Majdi KAOUK
 144, rue Joseph Gomis
 Tél: 33 828 46 79
 DAKAR SENE GAL

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, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.