

 <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

**TYPE DE PERSONNEL** : ..... PNT .....  
**CLASSE** : ..... 1 .....  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : ..... AIR SENEGAL .....  
**ADRESSE** : ..... ROUTE D. B. ALMAAIES .....

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

Nom : <u>SECK</u> Prénom : <u>ALIOUNE</u> Nationalité : <u>SENEGAL</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>19/10/1991</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>01/12/2023 DAKAR</u> Adresse : <u>CITE KEUR GORGUI</u> Téléphone : <u>78 48 57 44</u> email : <u>sch.alioune@gmail.com</u> Profession/activité : <u>PILOTE</u> Situation de famille : <u>MARIE</u>	<b>Activité(s) pratiques</b> <input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) <u>COMPAGNIE</u> Aérodrome : <u>DIASS</u> Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <u>1292</u>
---	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ?     OUI     NON  
 Si OUI : Date : 01/01/2023 Lieu : DAKAR      Nom du médecin : PATRICK CORREA  
 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		OUI	NON
1		<input checked="" type="checkbox"/>	14		<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>	15	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>	16	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>	18	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		<input checked="" type="checkbox"/>	19	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		<input checked="" type="checkbox"/>	20	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input checked="" type="checkbox"/>	21	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input checked="" type="checkbox"/>	22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		<input checked="" type="checkbox"/>	23	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		<input checked="" type="checkbox"/>	Pour les candidates :		
12		<input checked="" type="checkbox"/>	24		
13		<input checked="" type="checkbox"/>	25		

**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 testes en vigueur.**  
**Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile**

Date et signature du personnel aéronautique  
01/12/2023  


Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :  
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser) :  
H+A Percut 1 caig - Tors= lertu .



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 : **SECK** Prénoms : **ALIOUNE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **19/10/1991**  
 Lieu de naissance : **NAKAR**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>184</b> cm	(203) Poids <b>72</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Alaux</b>	(205) Cheveux couleur <b>Alaux</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique: <b>125</b> Diastolique: <b>77</b>	(207) Pouls au repos Pulsations: <b>80</b> 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, compli- ance 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 <b>Op2. A320 - (anciennement ATB). 32 ans. Alaux et Alaux. Tc=aux=a. Alu=a. III=0.</b>					

**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>No</b>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<b>No</b>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<b>M</b>	Corrigée à	
(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec 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 réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			<b>01-19 2007</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme			<b>01-19 2007</b>	<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		<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>			
Vison binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>			
(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 *20* Nombre d'erreurs *0*

(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'examinateur

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)	13,7 (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"/>

*Age = 27.5*

(248) commentaires, limitations :  
*Apté classe 1 → 31-12-2024*

(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  
*01-12-2027*

Nom et adresse du médecin agréé  
*Dr Patrick CORREA  
3, Av. des Ambassades  
DAKAR SENEGAL*

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : *Apté*

Nom : *Patrick CORREA*

Signature *Patrick CORREA*

**Signature**  
**Médecine Aeronautique**  
**SN-MED-004**  
**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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cachet et signature  
**Signature**  
**Médecine Aeronautique**  
**SN-MED-004**  
**DGAC N°3857 - FAA-00773**

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

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 : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **ALIOUNE SECK**.....

Né(e) le : **19/10/1991** à DAKAR Age : ... **32 ANS**.....

Demeurant : **...CITE KEUR GORGUI**.....

**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 : **01/12/23**

Limite de validité : **31/12/24** Durée de validité : **1 AN**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence : .....

**Signature et cachet**

  
**PATRICK CORREA**  
 Médecin Aeronautique  
 SN-MED-004  
 DGAC N°3857 - 773

*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.*