



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** : NAVIGANT DE CABINE  
**CLASSE** : 2  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : AIR SENEGAL  
**ADRESSE** : BAT. N°2 RTE DU KING FANU PALACE, TF13770  
ALMADIES DAKAR

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>SAMB</u> Prénom : <u>ALIONNE</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>05/02/1977</u> à : <u>ZIGUINCHOR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>ASSISTANCE MEDICAL SENEGAL</u> Adresse : <u>Cité SONATEL 1, Immeuble 131</u> <u>GRAND FOIRE</u> Téléphone : <u>77-6404507</u> email : <u>alionne.samb@airseNEGAL</u> Profession/activité : <u>PNC</u> <u>SR.COM</u> Situation de famille : <u>Marié</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) Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol :
---	--

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

Si OUI : Date : 13/10/2018 Lieu : DR KADUK Nom du médecin : MATIA KADUK

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		<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>
6		<input checked="" type="checkbox"/>
7		<input checked="" type="checkbox"/>
8		<input checked="" type="checkbox"/>
9		<input checked="" type="checkbox"/>
10		<input checked="" type="checkbox"/>
11		<input checked="" type="checkbox"/>
12		<input checked="" type="checkbox"/>
13		<input checked="" type="checkbox"/>

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		<input checked="" type="checkbox"/>
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		<input checked="" type="checkbox"/>
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<input checked="" type="checkbox"/>
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		<input checked="" type="checkbox"/>
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		<input checked="" type="checkbox"/>
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		<input checked="" type="checkbox"/>
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		<input checked="" type="checkbox"/>
21	Consommez-vous de l'alcool ?		<input checked="" type="checkbox"/>
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		<input checked="" type="checkbox"/>
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		<input checked="" type="checkbox"/>
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 testes en vigueur.**

**Toutes fausses déclarations 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

18 OCTOBRE 2019

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 : **SAMB** Prénoms : **ALIOUNE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **05/02/1977**  
Lieu de naissance : **ZIGUINCHOR**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>188</b> cm	(203) Poids <b>106</b> kg	(204) Yeux couleur <b>N</b>	(205) Cheveux couleur <b>N</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <b>161</b>	Diastolique <b>99</b>	Pulsations <b>75</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			(218) Abdomen, hernie, foie, rate	
(209) Cavité bucale, gorge, dents		(219) Anus, rectum (si nécessaire)		
(210) Nez, sinus		(220) système génito-urinaire		
(211) Oreilles, tympan, compliance tympanique		(221) Système endocrinien, thyroïde		
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations		
(213) Yeux - pupilles		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique		
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus		(224) Examen neurologique- réflexes etc		
(215) Poumons, thorax, seins		(225) Psychiatrie		
(216) Cœur		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique		
(217) Système vasculaire		(227) Etat général		
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire <b>(206) Tension artérielle à recontrôler</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)

Glucose <b>0</b>	Protéines <b>0</b>	Sang	Autres
---------------------	-----------------------	------	--------

	Lunettes/Contact	
	Sans correction	Avec correction
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

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
-----------------	-------------	------	--------	---------

(238) ECG	<b>18-10-15</b>	<b>trouble repolarisé en inférie</b>
(239) Audiogramme	<b>2017</b>	<b>X</b>

(230) Vision intermédiaire	Sans correction			
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit				
Œil gauche				
Vision binoculaire				

(240) Examen Ophtalmologique			
(241) Examen ORL			
(242) Lipides sanguins			
(243) Fonctions respiratoires			
(320) Tonométrie G :			