



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** : NAVIGUANT  
**CLASSE** : Classe 1  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : AIR SENEGAL  
**ADRESSE** : Pikine Texaco

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : BALDE Prénom : Mouhammadou Nationalité : SENEGALAISE Né(e) le : 22 / 06 / 1998 à : Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : AMS , 12 juin 2025 Adresse : Pikine Texaco Téléphone : 77-214-33-52 email : baldei.moukha1998@gmail.com Profession/activité : ELEVE PILOTE Situation de famille : CELIBATAIRE	<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 : 07/02/2026 Lieu :

Nom du médecin : DR IBRAHIMA DIOUF

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		✓
2 Taux de cholestérol élevé		✓
3 Maladie respiratoire		✓
4 Maladies de l'estomac		✓
5 Maladies du foie		✓
6 Diabète		✓
7 Maladies rénales		✓
8 Maladies articulaires et du dos		✓
9 Maladie thyroïdienne		✓
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		✓
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		✓
12 Vertiges, pertes de connaissance		✓
13 Migraines		✓

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

Date et signature du personnel aéronautique

*[Signature]* 13-06-25

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

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 : BALDE Prénoms : Mouhamadou Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 22/06/1978  
Lieu de naissance : Pikine

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 184 cm	(203) Poids 65 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 118	Diastolique 71	Pulsations 74	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, tympans, compli-ance 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  
FR Air Sénégal SA. 26 ans. Cœur normal. Tension = 118/71 Spat = 74/74

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

	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit sans correction	8			
Œil gauche sans correction	8			
Vision binoculaire, sans correction	10			
(230) Vision intermédiaire				
N14 lu à 100cm				
Œil droit	✓			
Œil gauche	✓			
Vision binoculaire	✓			

Glucose	Protéines	Sang	Autres
✓	0	0	

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		13-06-25	✓	
(239) Audiogramme		13-06-25		✓
(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

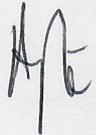
Page 2 sur 2

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

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 :



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

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>09</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

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)	(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"/>
		<i>16,1</i>
		<i>12 - 0,63</i>

(248) **commentaires, limitations :** *Apte classe 1 -> 30-06-2016*

(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 <i>16-06-2016</i>	Nom et adresse du médecin agréé <i>Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL</i>	Cachet et 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 :

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 :

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

 <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>

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

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **MOUHAMADOU BALDE**.....

Né(e) le : **22/06/1998** à PIKINE Age : **... 26 ANS**.....

Demeurant : **.....BASE ECOLE DE THIES**.....

**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 : **13/06/25**

Limite de validité : **30/06/26** 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 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.*