

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	. Pilote
CLASSE	:
NOM DE L'EMPLOYEUR	Air Sénégal SA
ADRESSE	Dohan Rute de King Fald

Hélicoptère Ball Lieu et date de l'examen médical : 28/04/2022 a AM5 Autres précisez : Adresse : 362 fadia Guentaba 2 Aérodrome : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Téléphone : 11-281-11-06 email : cheikholeme 2001 agmai Com Profession/activité : Etraciant Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol : Situation de famille : célibatoire OUI NON Si OUI : Date :/ Lieu : Nom du médecin : 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 sœurs) ? OUI NON Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : OUI NON 1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle Non 1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle Non 1 Augravous subjume interventie a bien in la discontination de la familia (probles de subjume interventie a bien in la familia (probles de subjume interventie a bien in la familia (probles de subjume interventie a bien in la familia (probles de subjume interventie a bien in la familia (probles de subjume interventie a bien in la familia (probles de subjume interventie a bien in la familia (probles de subjume interventie a bien in la familia (probles de la		i vité(s) pratiques □ Planeur □ Ballon	☐ Avion ☐ Plan				10 11	00 00 40
Adresse : 362 Fadia Guentalea & Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Téléphone : 17-27-11-06 email : cheikholeme 2001 @gmail. com Profession/activité : Etudiant Situation de famille : célibatoire Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? Heures de vol : Si OUI : Date :/ Lieu : Nom du médecin : Vous avez été déclaré : Apte			L I Iai				thinks Hadii	renom: wheekh Ahme
Adresse : 362 fadia Guentaba d Téléphone : 47-27-11-06 email : cheikhdeme 2001 @gmail.com Profession/activité : Etudiant Situation de famille : célibataire /ous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? Gi OUI : Date :/ Lieu : Nom du médecin : /ous avez été déclaré : Apte			L I Iai		_	•	alaise	lationalité Sénégalai
Adresse : 36d fadia Guentaba & Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Profession/activité : Etadiant Activités aériennes antérieures : Heures de vol : Nom du médecin : OUI NON Nom du médecin : Ous avez été déclaré : Apte Inapte Intécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents precisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : OUI NON Troubles du sormes Répondez aux questions suivantes : 1 Troubles du sormes 1 Avez-vous subjune intervanting etablication de la profession etablique etabliq		☐ Ballon		VI	OF S	Sexe : [/ 400-1 à.	lé(e) le : 48 / 02 / 800
Adrodrome: Aérodrome: Aérodrome: Activités aériennes antérieures: Heures de vol: Nom du médecin: Dus avez été déclaré: Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents eurs)? OUI NON NON Répondez aux questions suivantes: Troubles cardiaques, hypertension artérielle Aérodrome: Activités aériennes antérieures: Heures de vol: Nom du médecin: Répondez aux questions suivantes: 14 Troubles du sommeil Aérodrome: Activités aériennes antérieures: Nom du médecin: Répondez aux questions suivantes: 14 Troubles du sommeil Aérodrome: Activités aériennes antérieures: Nom du médecin: Répondez aux questions suivantes: 14 Troubles du sommeil Adrodrome: Répondez aux questions suivantes: 15 Avez-vous suivantes intervanting this price particular de la			☐ Helicoptère ☐ Ball	scell)	100 (11)	Giner	an módical : 38/01/1229	ieu et date de l'evamen més
Aérodrome : 47-287-11-06 email : cheichdeme 2001 @gmail.com Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol : Ous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON i OUI : Date : : / / Lieu : Nom du médecin : Dus avez été déclaré : Apte Inapte ntécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents eurs) ? OUI NON Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : OUI NON Troubles cardiaques, hypertension artérielle Aérodrome : Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol : Nom du médecin : Nom du médecin : Répondez aux questions suivantes : 14 Troubles du sommeil 15 Avez-vous subjurg interpreties bisseries de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents l'existence d'une maladie grave parmi les proche de					1112	, a A	The diddi.	
Activités aériennes antérieures : Heures de vol : Dus êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI : Date : :/ Lieu : Nom du médecin : Dus avez été déclaré :		lub, Centre)	Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)				ua quentaba d	diesse. Deat Tagua G
Activités aériennes antérieures : Heures de vol : Dus êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI : Date : :/ Lieu : Nom du médecin : Dus avez été déclaré :			Aérodrome :			1	0 00	
Activités aériennes antérieures : Heures de vol : Dus êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI : Date : :/ Lieu : Nom du médecin : Dus avez été déclaré :			1 Action of the control of the contr	gmail, con	2001 &	deme	11-06 email : checkh	elephone : <u>++</u> - <u>287</u> - <u>-</u> +1
Heures de vol : ous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON i OUI : Date : : / Lieu : Nom du médecin : ous avez été déclaré :		rieures :	Activités aériennes antérieures :	U			maiant	roression/activité: Eurau
ous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON OUI : Date :/ Lieu : Nom du médecin : ous avez été déclaré :		Heures de vol :	Heures de vol :				élibatairo.	tuation de famille : Celibe
Outfrez-vous ou avez-vous souffert de : OUI NON Troubles cardiaques, hypertension artérielle Toubles cardiaques, hypertension artérielle Toubles du sommeil 15 Avez-vous suit une interpreties abit un	oarents, frè	e (grands-parents, pare			ice a une i		ns sur les réponses « OUI »	estionnaires précisions sur
Tour do she leafferd the first state of the first s	OUI		aux questions suivantes :	Répondez	NON		-vous souffert de ·	ouffrez-vous ou avez-vous
16 Avez voice eleve		gicalo 2	2Z-YOUS Subi une intervention chirurgicale 2	15 Ave			ies, hypertension artérielle	Taux de cholestérol élev
Maladie respiratoire	+ + -	sé?	z-vous eu un accident dans le passé ?	16 Ave	X		re	Maladie respiratoire
I Maidules de l'estomac	1	eau des veux 2	z-vous subi une intervention au niveau des veux 2	1/ Ave				
Maladies du foie 18 Etes-vous un consommateur de tabac ?	,	7	S-vous un consommateur de tabac ?	18 Etes	Ŷ			Maladies du foie
Diabete 1 Diabet	>	édicament(s) ?	nez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	20 Fait	X			
waladies renaies	>		sommez your de l'alere l ?	-	X			
Maladies articulaires et du dos Maladie thyroïdienne 21 Consommez-vous de l'alcool ? 22 Portez-vous ou avez-vous porté des lunettes		c portó dos himettes	EZ-VOUS OU AVEZ-VOUS OU AVEZ VOUS porté des lungtions	22 Port	X		es et du dos	Maladie thyroïdiana
Tumeur ou maladio canadravas			es ientilies	_ ou a	X		A cancárouco	Tumeur ou maladie cance
CEil : choc, maladies, troubles visuals 23 Avez-vous ete reforme ou exempté de service national ?	>	service national ?	z-vous été réformé ou exempté de service national ?	23 Avez	X		es, troubles visuels	Œil : choc, maladies, trou
Vertiges pertes de connaissance Pour les candidates :			ndidates :	Pour les car	Q		connaissance	Vertiges, pertes de conna
Migraines 24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	,			24 Avez				Migraines

0

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date d'application : 10/06/2017

Page 1 sur 2

NOM: Demo	Préno	Elwi	Kh Am	med	Da	te de n	aissance	10 100	18654		
		He	adu	100	1 (11)	IVIIVI/ AA	AA):		1		
(201) Catégorie d'examen (202) Tail	Poids		4) Yeux Ieur	(205) Chev	eux	(206) (assis	aissance : Tension a)	rtérielle		Pouls	au repo
Initial Prorogation Renouvellement	m	kg \	PALO	coule	ur	mmHg Systol		40	+30	9	6
Recours spécial		1,8	lan	V	JV 1	12	O Dia	stolique	Pulsation		Rythme irrégulie
Examen clinique : Cochez chaqu	e item	normal	anormal								régulier
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu		4	diloiliai						norn	nal	anorma
(209) Cavité bucale, gorge, dents							nie, foie, ra		٩		
(210) Nez, sinus		-		(219)	Anus, re	ctum (si nécessa	aire)	-	-	
		1		(220)	système	génito	-urinaire				
(211) Oreilles, tympans, complianc tympanique	е								-	+	
(212) Yeux- orbites et annexes, cha	20200			(221)	Système	endoc	rinien, thy	roïde	1		
visuels	amps	1		inférie	viembre urs, artic	s supér culation	rieurs et		1		
(213) Yeux - pupilles		1		(223) (muscu	Colonne losquele	vertébr ettique	ale et app	pareil		-	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nysta	agmus	1							- (-	
(215) Poumons, thorax, seins		1		(225) E	Sychiati	neuroic	gique- réi	flexes et	С		
(216) Cœur		-		(226) P	Pau ma	rallo			/		
(217) Système vasculaire		-		d'identi	ification	syst. I	ymphatiqu	ıe	/		
				(227) E	tat géné	ral			1		
	with in	olov o	lus =	méro d	And because of	W 9 C 3	chaque co	Standard Addition	irefocq	e be	6
cuité visuelle (ne pas remplir ici lors	s des exan	nens appr	ofondis)		(235)	Analys	e d'urine	٨	lormale 🖝		normale
229) (de loin à 5m/6m en dixième					Gluco	se	Protéine	s S	ang	TAL	ıtres
		Lun	ettes/Con	tac	0		0		0		
il droit sans correction	Corrigo à	ée			Rappo	ort ann	exés	Non réali		l Nor mal	Anor mal
I gauche sans correction	Corrige	ée			(238)E	ECG		sé	9/2/10	V	
sion binoculaire, sans	Corrige	ée			(239)	Audiog	ramme	4	8-04	7	
30)Vision intermédiaire	Sans	Av	/ec		(240) 1	Examer	1		92	9.	

correction

Non

Oui

N14 lu à 100cm

Vison binoculaire

Œil droit

Œil gauche

correction

Non

Oui

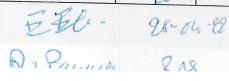
Ophtalmologique

(243) Fonctions respiratoires

(241) Examen ORL .

(242) Lipides sanguins

(320) Tonométrie G:





SN-SEC-MED-FORM-02-A

Agence Nationale de

FORMULAIRE

Date	Page
'application : 10/06/2017	2 sur

			gie				N MEC		d'app 10/0	6/2017	2 sur 2	
(221) .		1						D:	mmHg			
(231) de p	orès			Sans		Avec	100/	(244)	Divers (Sujet ?)		
NEL				correct	ion	correc	tion		-,,,,,,,,	oujet:)		
N5 lu à 30	– 50cm			Oui	Non	Oui	Non	(247)	Nom et	signature du	médecin exa	minata
								médeo	cine géne	érale dans l'A	NeMC et sa pi	minateur
crit de la							100	d'apti	tude		teivie et sa pi	opositio
Eil droit				8				Avis:			Nom:	
Eil gauche				2							rançois Cha	rles ND
/ison binod				A					1	DrF	rançois Cua Méde	cirl
(232) Lune	ettes		(233) L e	entilles	de conta	ct			A	Dak	
Oui □		Non	(Dui 🗆		Non 🗆			M	111	Signature):	1/
Гуре:			T	уре:					11/			11
éfraction	Sph		Cylindre	A	xe	Ajou	ıter				1	1
											All	
											1/10	
313) Perce	eption des	couleur	s	N	ormale	Anoi	male 🗆	(247 bi	s) Décis	ion du médeo	cin-chef de l'/	1-110
								médeci	n agréé	on du medet	on-cher de 17	HeIVIC OL
	udo-isochr		es 16	Ty	pe ISHII	HARA				classe :		
	tables prés		100	No	ombre d'	erreurs				la classe :		
234) Auditi	ion (ne pa	s remplir	ici lors de	es exam	nens app	rofondis					n compléme	
si 239/241	non réalise	5			eille	Oreil		dans l'a	ffirmativ	e, indiquer:	ii compleme	ntaire
				· dr	oite	gauc	he		inataire			
est de voix	de conver	sation pe	erçue à 2m	ı Ou	iid	Oui	1	Le moti	f:			
dos tourne	é vers l'exa	minateu	erçue à 2m r		on 🗆	Ouix Non a	•	Le moti	f:			
dos tourne Idiométrie	é vers l'exa éventuelle	minateu	erçue à 2m r				•	Le moti	f:			
dos tourne udiométrie z	é vers l'exa	minateu	erçue à 2m r 2000		on 🗆	Non	•		h al	ation		
est de voix dos tourne udiométrie z reille	é vers l'exa éventuelle	minateu	r	No	on 🗆	Non		Renvoi/	Concerta		ntário urom o nat	
dos tourne udiométrie z reille oite	é vers l'exa éventuelle	minateu	r	No	on 🗆	Non		Renvoi/ Si une d	Concerta écision a	a été prise ar	ntérieurement	par
dos tourne udiométrie z reille oite eille	é vers l'exa éventuelle	minateu	r	No	on 🗆	Non		Renvoi/ Si une d l'autorite	Concerta écision a é en insc	a été prise ar rire ici les ré	férences et le	libellé
dos tourne udiométrie : eille oite eille uche	é vers l'exa éventuelle 500	aminateu 1000	r	No	on 🗆	Non		Renvoi/ Si une d l'autorite	Concerta écision a é en inso et les re	a été prise ar rire ici les ré porter sur le	ntérieurement férences et le certificat d'a	libellé
dos tourne udiométrie z reille oite reille uche	é vers l'exa éventuelle 500	aminateu 1000	2000	3000	on 🗆	Non		Renvoi/ Si une d l'autorité complet remis au	Concerta écision a é en inso et les re	a été prise ar rire ici les ré porter sur le at.	férences et le certificat d'a	e libellé ptitude
dos tourne udiométrie z reille oite reille uche	é vers l'exa éventuelle 500	aminateu 1000	2000	3000 3000) Hémo	O 40	Non 1	000	Renvoi/ Si une d l'autorité complet remis au	Concerta écision a é en inso et les re candida	a été prise ar rire ici les ré porter sur le at.	férences et le	e libellé ptitude
dos tourne udiométrie z reille oite eille uche	é vers l'exa éventuelle 500 on respira	1000 toire	2000 (237	3000 3000) Hémo	O 40	Non	000	Renvoi/ Si une d l'autorité complet remis au	Concerta écision a é en inso et les re candida	a été prise ar rire ici les ré porter sur le at.	férences et le certificat d'a	e libellé ptitude
dos tourne udiométrie z eille oite eille uche 36) Fonctio	é vers l'exa éventuelle 500 on respira	1000 toire	(237 eack Flow	3000 3000) Hémo	O 40	Non 1	000	Renvoi/ Si une d l'autorite complet remis au Décision	Concerta écision a é en inso et les re candida	a été prise ar rire ici les ré porter sur le at.	férences et le certificat d'a	libellé ptitude Du
dos tourne diométrie eille bite eille uche VEMS/	é vers l'exa éventuelle 500 on respira	1000 toire	2000 (237 seack Flow	3000 Hémo	O 40	Non 1	000	Renvoi/ Si une d l'autorite complet remis au Décision Libellé:	Concerta écision a é en inso et les re candida n°	a été prise ar rire ici les ré porter sur le at.	férences et le certificat d'a	e libellé ptitude Du
dos tourned diométrie dille dite dille dil	é vers l'exa éventuelle 500 on respira	1000 toire	2000 (237 eack Flow (I/min) Anore	3000 Hémo	O 40	Non 1	000	Renvoi/ Si une d l'autorité complet remis au Décision Libellé:	Concerta écision a é en inso et les re candida n°	a été prise ar rire ici les ré porter sur le at.	férences et le certificat d'a	libellé ptitude Du
dos tourner diométrie die die die die die die die die die d	é vers l'exa éventuelle 500 on respira	toire Pe	2000 (237 eack Flow (I/min) Anor	3000 Hémo	globine Normal	Non 1	0000	Renvoi/ Si une d l'autorite complet remis au Décision Libellé: Champ d'applica du certif	Concerta écision a é en inso et les re candida n°	classe 1	férences et le certificat d'a	e libellé ptitude Du Classe
dos tourne udiométrie z reille oite reille uche 36) Fonctio	é vers l'exa éventuelle 500 on respira	toire Pe	2000 (237 eack Flow (I/min) Anor	3000 Hémo	globine Normal	Non 1	0000	Renvoi/ Si une d l'autorite complet remis au Décision Libellé: Champ d'applica du certif	Concerta écision a é en inso et les re candida n°	classe 1	férences et le certificat d'a	e libellé ptitude Du Classe

(250) Lieu et date
(250 - 05 - 6087

Nom et adresse du médecin agrés des DAKAR SENEGAL