



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 : ..... Pilote .....

CLASSE : .....

NOM DE L'EMPLOYEUR : ..... AIR SENEGAL .....

ADRESSE : .....

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : TOURÉ  
Prénom : Mouhamadou Lemine  
Nationalité : sénégalaise Sexe :  F  M  
Né(e) le : 20/02/1994 à : Diamaguene  
Lieu et date de l'examen médical : AMS  
Adresse :  
Téléphone : 77-250-3774 email : laminetoure925@gmail.com  
Profession/activité : Etudiant  
Situation de famille :

Activité(s) pratiques

- Avion  Planeur  
 Hélicoptère  Ballon  
 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 : 20/04/2022 Lieu : Taïouss 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, parents, frères et sœurs) ?  OUI  NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

		OUI	NON
1	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>
2	Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>
3	Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>
4	Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>
5	Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>
6	Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>
7	Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>
8	Maladies articulaires et du dos		<input checked="" type="checkbox"/>
9	Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>
12	Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>
13	Migraines		<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.**

Date et signature du personnel aéronautique

Le 29/04/2022

Toures

**Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait 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  
2 sur 2

(231) de près		Sans correction		Avec correction		(244) Divers (Sujet ?)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non	(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude				
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>				Avis : 		Nom :  Signature : 		
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>								
Vison binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>								
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact								
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>								
Type : réfraction		Type :								
Sph		Cylindre		Axe		Ajouter				
(313) Perception des couleurs		Normale <input checked="" type="checkbox"/>		Anormale <input type="checkbox"/>		(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé				
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA								
Nombre de tables présentées <i>10</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						
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur		Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" 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 type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>					
(248) commentaires, limitations :		<i>Apté classe 1 → 29-06-2023</i>								
(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		Nom et adresse du médecin agréé				Cachet et signature				
<i>03-05-2022</i>		<b>Dr Patrick CORREA</b> 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL								