





**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 : **DIOUF**

Prénoms : **BABOU**

Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **25/12/1998**

Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille cm <b>178</b>	(203) Poids kg <b>70</b>	(204) Yeux couleur <b>Vert</b>	(205) Cheveux couleur <b>Blanc</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <b>115</b>	Diastolique <b>74</b>	Pulsations <b>68</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, compliance 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

**EL Aïn Sénégal SA 26 ans Cœur œuf**

Taille = 178  
Poids = 70  
Tension = 115/74  
Puls = 68

**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>9</b>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<b>9</b>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<b>10</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
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	

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

(238) ECG	<b>13-06-2017</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme	<b>13-06-2017</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) <b>de près</b>		Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit		1			
Œil gauche		1			
Vison binoculaire		1			
(232) <b>Lunettes</b>		(233) <b>Lentilles de contact</b>			
Oui <input type="checkbox"/>		Non <input checked="" type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>	
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

D : mmHg				
(244) Divers (Sujet ?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis :	Nom :
<i>Apte</i>	
Signature :	

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

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>20</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
<input checked="" type="checkbox"/>	<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	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

**APTE pour la classe :**  
 **INAPTE pour la classe :**  
 **Remis pour une évaluation complémentaire**  
 dans l'affirmative, indiquer :  
 Le destinataire :  
 Le motif :

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

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.

(236) **Fonction respiratoire** (237) Hémoglobine

Décision n° ..... Du .....  
 Libellé :

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	<i>15.1</i> (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>Gé = 9,85</i>

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

(248) **commentaires, limitations :**

*kyé done 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	Nom et adresse du médecin agréé	Cachet et signature
<i>16-06-2015</i>	<i>Dr Patrick CORREA</i> 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	

 <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 1 sur 1

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 : **BABOU DIOUF**.....

Né(e) le : **25/12/1998** à DAKAR Age : **... 26 ANS**.....

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

**REPOND**..... (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

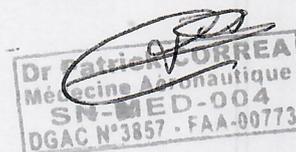
Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

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 Evaluateur 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.*