



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 : A

NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL

ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

| | |
|---|--|
| Nom : <u>THIOR</u> Prénom : <u>ELHADJI</u> Nationalité : <u>SENEGAL</u> Né(e) le : <u>17/09/1968</u> à : <u>DAKAR</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS</u> Adresse : <u>C79 Patte d'ore Builders</u> Téléphone : <u>78-5967327</u> email : <u>elhadji.thior@airseagal.sn</u> Profession/activité : <u>PILOTE</u> Situation de famille : <u>MARIE</u> | Activité(s) pratiques <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 : 22/10/2024 Lieu :

Nom du médecin : DR CORREA

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 fausse déclaration 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

22/04/2025

Annotations du médecin-examinateur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

141149962630

| | | | | |
|--|---------------------------------|--|------------------------------------|-----------------|
|  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 : THIOR | Prénoms : ELHADJI | Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 17/09/1968 | Lieu de naissance : DAKAR | | | |
| (201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille 182 cm | (203) Poids 89 kg | (204) Yeux couleur Noir | (205) Cheveux couleur Noir | (206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique: 137, Diastolique: 50 | (207) Pouls au repos Pulsations: 80, Rythme: <input checked="" type="checkbox"/> régulier |

| Examen clinique : Cochez chaque item | normal | anormal | normal | anormal |
|--|--------|---------|--|---------|
| (208) Tête, face, cou, cuir chevelu | d | | (218) Abdomen, hernie, foie, rate | d |
| (209) Cavité bucale, gorge, dents | d | | (219) Anus, rectum (si nécessaire) | |
| (210) Nez, sinus | d | | (220) système génito-urinaire | d |
| (211) Oreilles, tympans, compliance tympanique | d | | (221) Système endocrinien, thyroïde | d |
| (212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels | d | | (222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations | d |
| (213) Yeux - pupilles | d | | (223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique | d |
| (214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus | d | | (224) Examen neurologique- réflexes etc | d |
| (215) Poumons, thorax, seins | d | | (225) Psychiatrie | d |
| (216) Cœur | d | | (226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique | d |
| (217) Système vasculaire | d | | (227) Etat général | d. |

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
 ODB An Seryal SA. A 330. Noui 3 aeft. 56 ans. Tabcu = 0, Acl = 0, Spaul = 0, Adf = 0.

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 |
|--|--|------------------|

| | | | |
|---------|-----------|------|--------|
| Glucose | Protéines | Sang | Autres |
| 0 | 0 | 0 | |

| | | |
|-------------------------------------|------------|----|
| Œil droit sans correction | Corrigée à | 9 |
| Œil gauche sans correction | Corrigée à | 3 |
| Vision binoculaire, sans correction | Corrigée à | 10 |

| | | | | |
|-----------------|-------------|------|---------|----------|
| Rapport annexés | Non réalisé | Date | Nor mal | Anor mal |
|-----------------|-------------|------|---------|----------|

(230) Vision intermédiaire

| | | | | |
|-------------------|-----------------|-----|-----------------|-----|
| N14 lu à 100cm | Sans correction | | Avec correction | |
| | Oui | Non | Oui | Non |
| Œil droit | | | 1 | |
| Œil gauche | | | 1 | |
| Vison binoculaire | | | d | |

| | | |
|-------------------------------|------------|----|
| (238) ECG | 22-04-2015 | d. |
| (239) Audiogramme | | |
| (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) de près | | 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) Lunettes | | (233) Lentilles de contact | | | |
| Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | Oui <input type="checkbox"/> | | Non <input type="checkbox"/> | |
| Type : | | Type : | | | |
| réfraction | Sph | Cylindre | Axe | Ajouter | |
| | | | | | |

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées *20* Nombre d'erreurs *0*

(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 Non Oui Non

Audiométrie éventuelle

Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000

Oreille droite

Oreille gauche

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

| | | |
|--|--|---|
| VEMS/CV % | Peack Flow (l/min) | 12,4 (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>Gly = 0,88</i> |

(248) commentaires, limitations :

Paul Cauchon qf t q u

Apé classe 1 → JU-10-2025

(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

22-06-2025

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

Cachet et signature

| | | | | |
|------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 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>Apé</i> | |
| Signature : | |

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

(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 :

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

| | | | |
|---|--|------------------------------------|-----------------|
|  Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie | FORMULAIRE | SN-SEC-MED-FORM-03-A | |
| | CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE | 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 : **EL HADJI THIOR.....**

Né(e) le : **17/09/1968** à DAKAR Age : **... 56 ANS.....**

Demeurant : **.....C76 PATTE D'OIES.....**

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 : **22/04/25**

Limite de validité : **31/10/25** Durée de validité : **6 MOIS.....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence : **.....**

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

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.