

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	. <u>2</u> <u>2</u> <u>7</u> <u>7</u>
OLAGGE	: 08
NOM DE L'EMPLOYEUR	AIR SEMEGAL
ADDESSE	

CLMOSE I IIIII MIN	- A		^ ^				
NOM DE L'EMPLOYEUR : .A.IR.	25	3 M	JAL	-			
ADRESSE :							
Cotto nago	net à 6s	iro romi	dir nar	lo Por	sonnel Aéronautique		
	est a la	ine reinp	m pai	ic i ci	Activité(s) pratiques		
Nom: GUEYE					Activite(5) prutiques		
Prénom: AWA CHEIKH	,	,			Avion Planeur		
Nationalité : Né(e) le : 06/07/1982 à : 3	Sexe :	F DM			Avion Planeur		
Né(e) le : 06/07/1982 à : 3	AKY	30			☐ Hélicoptère ☐ Ballon		
Lieu et date de l'examen médical : A M S	00	0	10	0	☐ Autres précisez :		
Lieu et date de l'examen medical: 17 1 5	03	106	120	,			
Adresse:					Gedre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : Maria (Aéroclub, Centre)		
Téléphone: 77-65041-46 email: award Profession/activité: Hôtesse de l'o	hail	0,806	add of	o (One			
Telephone : Todo At 4 de mais second	Sid	01056	Porto	-, 60 (0)	Activités aériennes antérieures :		
	uv				Heures de vol :		
Situation de famille: Mariee							
					1		
Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude	pour un	e licence a	éronautio	que ?	M OUI NON		
Si OUI : Date : ://2010 Lieu :			Nom du n	nádacin :			
SI OUI . Date			voin du n	neuconi.			
Vous avez été déclaré : ☑ Apte ☐ Inapte							
All the many has a condition of another and another all the second of th							
Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de	l'existen	ce d'une m	aladie gr	ave parn	ni les proche de votre famille (grands-parents, _l	parents,	frères et
sœurs)? □ OUI □ NON							
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »			Páno	מוני דמאח	questions suivantes :	OUI	NON
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON	14		s du sommeil	1001	NO
1 Troubles cardiagues, hypertension artérielle		V	15		ous subi une intervention chirurgicale ?		1
2 Taux de cholestérol élevé		V	16		ous eu un accident dans le passé ?		1
Maladie respiratoire		//	17	Avez-vo	ous subi une intervention au niveau des yeux ?		V
4 Maladies de l'estomac		1	18		ous un consommateur de tabac ?		V,
5 Maladies du foie		V/	19		-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		V
6 Diabète 7 Maladies rénales		V	20		vous usage de drogues illicites ?		V
7 Maladies rénales 8 Maladies articulaires et du dos	The state of	V/	21		nmez-vous de l'alcool ?	\	V
9 Maladie thyroïdienne		1/	22	ou des	vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes	1	
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		1/	23		ous été réformé ou exempté de service national ?	+	1
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		V.		les candid			1
12 Vertiges, pertes de connaissance		V/	24		ous des antécédents gynécologiques à signaler ?	T	
13 Migraines			25	Autres	3)	-	
Déclaration du personnel aéronautique : Je sou	ssigné, (déclare av	oir répoi	ndu de f	façon sincère Date et signature du personne	el aérona	autique
aux questions qui m'ont été posées lors du pré	esent ex	amen et ne	e pas av	oir coni	naissance de		ALADAD FIE D® XXXXX
troubles de mon état de santé autre que ceux qu	ie j'ai sig	gnalés. Je	suis info	ormée qu	ue cette fiche	In	
d'examen est adressée au service médical de l						VV	
médical, conformément aux testes en vigueur.	21 0 11						and i
Toutes fausse déclaration priverait d'effet la d				ainerait	une sanction		
disciplinaire prononcée par le conseil médical de	e l'aeron	autique ci	vile				

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

Ale Dab & HTH -

161P. cycle RAS.

E ANACIM ST

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: GUEYE	D	ránom	is Ati	9A CH8	IKH	Date de nais: (JJ/MM/AAAA):	061	140	198	2	- 1
INOIVI.		EHUII				Lieu de naiss	ance: 1) (714	IR		
(201) Catégorie	waman			04) Yeux ouleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis)			(207) Po	uls au	repos
া Initial । বি	cm /	22		Λ	^	mmHg	n Diantalia	D.	Isations	D ₁ +	h
☐ Prorogation ☐ Renouvellement			kg	Ven	(len	Systoliqu	e Diastoliq	ue Pi	risations		hme igulier
☐ Recours spécial						Id	0 60		00	rég	_
Examen clinique : Cochez cha	aque ite	m	norma	al anormal					norma	ıl an	ormal
(208) Tête, face, cou, cuir chev		d	′	(218) Abd	lomen, hernie	, foie, rate		R			
(209) Cavité bucale, gorge, der	nts		d		(219) Anu	ıs, rectum (si					
(210) Nez, sinus			9		(220) syst	tème génito-u	rinaire		d		
(211) Oreilles, tympans, compl	iance		0								
tympanique			9			tème endocri mbres supérie	е	9			
(212) Yeux- orbites et annexes	s, champ	s	1		inférieurs.	, articulations	eurs et		1		
visuels			×		(223) Cold	onne vertébra	il	1	-		
(213) Yeux - pupilles			2		musculos	quelettique			d		
(214) Yeux - mobilité oculaire,	nystagn	nus	1		The second second	(224) Examen neurologique- réflexes etc					
(215) Poumons, thorax, seins			9		(225) Psy			1			
(216) Cœur			d		(226) Pea d'identific	d					
(210) Coedi			٧		12 15 20 12						
(217) Système vasculaire			٧		(227) Eta	_			1		
	anomali Sew	ie con	statée.	Reportez le		_	shaque comr 3 <i>9 au</i> us	nentair	e	Tou	bell- li=0
(217) Système vasculaire (228) Notes : Décrivez chaque Receut oun de la leur	Jo				numéro de	_			e ormale	Span	2000
(217) Système vasculaire (228) Notes : Décrivez chaque Recurt cum au	ici lors c				numéro de	l'item avant d QV - (235)Analys	e d'urine	No	ormale &	Spen	l = 0 $l = 0$ ormale
(217) Système vasculaire (228) Notes : Décrivez chaque Recurt cum au	ici lors c				numéro de l'usal	l'item avant d		No		Spen	le=0.
(217) Système vasculaire (228) Notes : Décrivez chaque Recurt our aux Acuité visuelle (ne pas remplir (229) (de loin à 5m/6m en dixièr	ici lors c	les ex	amens	approfondis	numéro de l'usal	(235)Analys	e d'urine Protéines	No.	ormale 🚵	and Au	ormale tres
(217) Système vasculaire	ici lors c	des ex		approfondis	numéro de l'usal	l'item avant de l'item avant d	e d'urine Protéines	Non Non	ormale	and Au	prmale tres
(217) Système vasculaire (228) Notes : Décrivez chaque Recurt our aux Acuité visuelle (ne pas remplir (229) (de loin à 5m/6m en dixièr	ici lors c	les ex	amens	approfondis	numéro de l'usal	(235)Analys	e d'urine Protéines	Non réali	ormale 🚵	and Au	ormale tres
(217) Système vasculaire (228) Notes : Décrivez chaque Recent dur dur Acuité visuelle (ne pas remplir (229) (de loin à 5m/6m en dixièr Eil droit sans correction	ici lors come	Cori	amens	approfondis	numéro de l'usal	(235) Analys Glucose Rapport ann	e d'urine Protéines	Non Non	ormale 🚵	and Au	prmale tres
(217) Système vasculaire (228) Notes : Décrivez chaque Recent dur dur Acuité visuelle (ne pas remplir (229) (de loin à 5m/6m en dixièr Eil droit sans correction	ici lors c	Cori	amens	approfondis	numéro de l'usal	(235)Analys	e d'urine Protéines	Non réali	ormale 🚵	and Au	prmale tres
(217) Système vasculaire (228) Notes : Décrivez chaque Recent au land Acuité visuelle (ne pas remplir (229) (de loin à 5m/6m en dixièr CEIl droit sans correction CEIl gauche sans correction	ici lors come	Corl à	amens	approfondis	numéro de l'usal	(235) Analys Glucose Rapport ann	e d'urine Protéines O exés	Non réali	Date Og Sh	Au Nor mal	prmale tres
(217) Système vasculaire (228) Notes : Décrivez chaque Receit au land Acuité visuelle (ne pas remplir (229) (de loin à 5m/6m en dixièr CEIl droit sans correction Wision binoculaire, sans correction	ici lors come	Corrià Corrià	amens rigée rigée	approfondis Lunettes/C	numéro de l'usal	(235) Analys Glucose Rapport ann (238) ECG	e d'urine Protéines O exés	Non réali	Date Date	and Au	prmale tres
(217) Système vasculaire (228) Notes : Décrivez chaque Receit au land Acuité visuelle (ne pas remplir (229) (de loin à 5m/6m en dixièr CEIl droit sans correction Wision binoculaire, sans correction	ici lors come	Corrià Corrià	amens rigée rigée	approfondis Lunettes/C t	numéro de l'ive al l'	(235) Analys Glucose Rapport ann (238) ECG (239) Audio	e d'urine Protéines o exés gramme	Non réali	Date Date OS-66 OS-64	Au Nor mal	prmale tres
(217) Système vasculaire (228) Notes : Décrivez chaque Recent dur	ici lors come	Corrià Corrià correct	amens rigée rigée rigée	approfondis Lunettes/C t Avec correction	numéro de l'usul	(235) Analys Glucose Rapport ann (238) ECG (239) Audio	e d'urine Protéines o exés gramme en gique	Non réali	Date Date	Au Nor mal	prmale tres
(217) Système vasculaire (228) Notes : Décrivez chaque Receit au leur Acuité visuelle (ne pas remplir (229) (de loin à 5m/6m en dixièr Ceil droit sans correction Vision binoculaire, sans correction (230) Vision intermédiaire N14 lu à 100cm	ici lors come	Corrià Corrià Corrià correct Oui	amens rigée rigée	approfondis Lunettes/C t Avec correction	numéro de l'ive al l'	(235) Analys Glucose Rapport ann (238) ECG (239) Audio (240) Exame Ophtalmolog (241) Exame	e d'urine Protéines exés gramme en gique en ORL	Non réali	Date Date OS-66 OS-64	Au Nor mal	prmale tres
(217) Système vasculaire (228) Notes : Décrivez chaque Recent dur	ici lors come	Corrià Corrià correct	amens rigée rigée rigée	approfondis Lunettes/C t Avec correction	numéro de l'usul	(235) Analys Glucose Rapport ann (238) ECG (239) Audio (240) Exame Ophtalmolog (241) Exame (242) Lipide	e d'urine Protéines O nexés gramme en gique en ORL s sanguins	Non réali	Date Date OS-66 OS-64	Au Nor mal	prmale tres
(217) Système vasculaire (228) Notes : Décrivez chaque Recent dur	ici lors come	Corrà Corrà Corrà cans orrect Oui	amens rigée rigée rigée	approfondis Lunettes/C t Avec correction	numéro de l'usul	(235) Analys Glucose Rapport ann (238) ECG (239) Audio (240) Exame Ophtalmolog (241) Exame (242) Lipide (243) Foncti	e d'urine Protéines Protéines exés gramme en gique en ORL s sanguins ions	Non réali	Date Date OS-66 OS-64	Au Nor mal	prmale tres
(217) Système vasculaire (228) Notes : Décrivez chaque Recurt our aux Acuité visuelle (ne pas remplir (229) (de loin à 5m/6m en dixièr	ici lors come	Corrià Corrià Corrià correct Oui	amens rigée rigée rigée	approfondis Lunettes/C t Avec correction	numéro de l'usul	(235) Analys Glucose Rapport ann (238) ECG (239) Audio (240) Exame Ophtalmolog (241) Exame (242) Lipide	e d'urine Protéines o exés gramme en gique en ORL s sanguins ons	Non réali	Date Date OS-66 OS-64	Au Nor mal	prmale tres



Agence Nationale de

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

Cachet et signature
Dr Patrick CORKEA
Mèdecine Account
MO/004/ANACS-DTA/00
DGAC Nº 3887 - FAA 00773

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date

Page

Civile et	de la Mé		ie	-			., .,,,,,	IV IVILD	IOAL	17.00	/2017	2	2 sur 2		
									D:	mmHg					
(231) de près			San	S		Avec		(244)) Divers (S	ujet?)				1 -	
			corre	ection		correct	tion			•					
N5 lu à 30 – 50cm			Ou	i N	on	Oui	Non	(247)) Nom et s	ignature di	u méd	ı lecin exam	ı inateı	ur de	
18										ecine géné					
					,					itude			00.000		
Œil droit				a					Avis	:		No	om :	V = 100	
Œil gauche				9											
Vison bino				a	(
(232) Lune	ettes	,		(233) Lentilles de contact						1			- in	COA	REA
	Oui 🗆 Non 🗹			Oui 🗆			Non 🗆			Hali		Signature in Account			1801AT
Type:	Vocani di	/ \		Туре	:					T An		6	MEGRENAL AND GAC N.	1857 . FA	A 007131
réfraction	Spł	1	Cylind	re	Axe		Ajouter			4		DGACI			
(010) -															
(313) Perc	eption de	s couleur	S		Norm	ale 🗆	Ano	rmale 🗆		bis) Décisi	on du méd	ecin-c	chef de l'A	eMC (ou du
Tables pse	udo-isoch	romatique	es	_	Type	ISHIH	ΔΡΔ		-	cin agréé					
Nombre de			6	711	C Marie		rreurs	6		E pour la					
(234) Audit			ici lors	des e						PTE pour					
(si 239/241	non réalis	sé	1010	400 0	Oreille		Orei			nis pour ur			omplémen	taire	
, and the second					droite gauche					l'affirmativ		ri			
Test de voi:	x de conve	ersation pe	ercue à 2	2m	Oui		-		Le de	stinataire :					
le dos tourné vers l'examinateur				Ouig Ouig			Lemo	otii.							
Audiométrie	e éventuell	le					11011								
Hz	500	1000	2000		3000	400	0 (6000	Panua	i/Concerta					
Oreille		1				100	0 1	3000	34						
droite										décision a					
Oreille							-			ité en insc					
gauche			110							et et les re		le cer	rtificat d'a _l	ptitud	е
(236) Fonct	ion respir	atoire	(2	37) H	émoglo	hina				au candida					
			(-	01711	cinogio	DILLE			Decision	on n°	•••••	••••••		Du	1
									Libellé						
VEMS	/CV	Pe	eack Flo)W	5	39	g/dl)		Chami		Classe :	1 6	None 2	01	
%			(I/min)				,3, 47			ication		1 0	Classe 2	Clas	sse 3
Vormal □	Anormal	Normal	□ An	ormal	No	rmal ₋	And	ormal	du cer				7]
(248) comm	entaires,	limitation				/ 15	1	U	0						
							Dy	le c	lose	9 -	000	-0	7-80	23	,
2732							17		_				,	- 1	
249) Décla r	ation du i	nédecin c	hef ou	du m	édecin	agréé			-						
e soussigne	certifie q	ue j'ai per	sonnelle	ement	t exami	né le d	lemano	leur ment	ionné ci-c	lessus at	1110 00 100	nort d	/ove		<u>.</u>
es annexes	contienne	ent mes co	nstatat	ions c	une m	anière	compl	ète.	= A	-55503 6[(ine ce (ab)	boit a	examen n	nédica	ıı et
				I	Vom et	adres!	se du n	iedecin a	orée	Cant	net et siss	noture.			
1	N JUIN	LULL			2 AV	des	Aml	passac	ies	Jaci	Dr Patri	ick CO	HREA	2	
					DA	KAF	RSE	NEGAL			Medecine MD/004	ANACST	DTA/08		
249) Déclar e soussigne es annexes 250) Lieu et	certifie que contienne	ue j'ai per ent mes co	sonnelle	ement ions c	t exami d'une m om et	né le d anière adrés	compl Celdu	deur ment ete. pagedin a passac NEGAL	grée le S		net et sign Dr Patri Médecing MD/004		Yexamen n	nédica	il et