

|  |  |                                 |              |
|--|--|---------------------------------|--------------|
| <br>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 :** PNC  
**CLASSE :** .....  
**NOM DE L'EMPLOYEUR :** AIR SE NEGAL  
**ADRESSE :** 27 rue cité balnearies taies

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

|  |  |
|--|--|
| Nom : CASSE<br>Prénom : RIMEDIANE<br>Nationalité : SEMEGALAISE Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M<br>Né(e) le : 02 02 1990 à : Dabou<br>Lieu et date de l'examen médical : Fann<br>Adresse : Rue des ambassades<br>Téléphone : 776095032 email : Wine.Kasse@gmail.com<br>Profession/activité : PNC<br>Situation de famille : Mariée | <b>Activité(s) pratiques</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur<br><input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon<br><input type="checkbox"/> Autres précisez :<br>Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)<br>Aérodrome : Rufisque (Senechal)<br>Activités aériennes antérieures :<br>Heures de vol : |
|--|--|

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ?  OUI  NON

Si OUI : Date : 01/01/2022 Lieu : FANN 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 »

| Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : |  | 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"/> | <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 ?                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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  
 10/09/2022  


Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :

PNC = Blancaneux  
 BB - AP, cyclo sing - ; Asthme dans enf<sup>ce</sup>



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 : CASSE  |                        | Prénoms : RINE       |                            | Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 05/02/1990 |  | Lieu de naissance : DAKAR |   |
| (201) Catégorie d'examen<br><input checked="" type="checkbox"/> Initial<br><input type="checkbox"/> Prorogation<br><input type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br>167 cm | (203) Poids<br>75 kg | (204) Yeux couleur<br>Noir | (205) Cheveux couleur<br>Noir              | (206) Tension artérielle (assis)<br>mmHg |                           | (207) Pouls au repos  |
|  |                        |                      |                            |  | Systolique<br>110                        | Diastolique<br>80         | Pulsations<br>97<br>Rythme<br><input checked="" type="checkbox"/> régulier<br><input type="checkbox"/> irrégulier |

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
 Recrutement: A:n Seygal. PNE. RAA. (2014-2021). 32 ans - Tabac = 0  
 Noir. 0.000. 3 part = 0. III = 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

|                                     |                 |            |                 |     |
|-------------------------------------|-----------------|------------|-----------------|-----|
| Œil droit sans correction           | 2               | Corrigée à |                 |     |
| Œil gauche sans correction          | 10              | Corrigée à |                 |     |
| Vision binoculaire, sans correction | 10              | Corrigée à |                 |     |
| (230) Vision intermédiaire          | Sans correction |            | Avec correction |     |
| N14 lu à 100cm                      | Oui             | Non        | Oui             | Non |
| Œil droit                           |                 | ✓          |                 |     |
| Œil gauche                          |                 | ✓          |                 |     |

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

| Rapport annexés               | Non réali sé | Date       | Nor mal | Anor mal |
|-------------------------------|--------------|------------|---------|----------|
| (238) ECG                     |              | 10-06-2017 | ✓       |          |
| (239) Audiogramme             |              | 10-06-2017 | ✓       |          |
| (240) Examen Ophtalmologique  |              | 10-06-2017 | ✓       |          |
| (241) Examen ORL              |              | 10-06-2017 | ✓       |          |
| (242) Lipides sanguins        |              | 10-06-2017 | ✓       |          |
| (243) Fonctions respiratoires |              |            |         |          |



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"/> |                 |         |
| Vision 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 |

|                        |                          |  |                          |                          |
|------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 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>Tonglé<br/>ap. Malme</i> | <i>Dr Patrick CORREA</i> |
|                             | Signature                |
|                             |                          |

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

|                                       |                            |
|---------------------------------------|----------------------------|
| Tables pseudo-isochromatiques         | Type ISHIHARA              |
| Nombre de tables présentées <i>20</i> | Nombre d'erreurs <i>20</i> |

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis (si 239/241 non réalisés)

|  |  |
|--|--|
| Oreille droite   | Oreille gauche   |
| Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

|  |  |
|--|--|
| Oreille droite   | Oreille gauche   |
| 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

*Glycémie 104 mg/dl*

|  |  |   |
|--|--|---|
| VEMS/CV %  | Peak Flow (l/min)  | (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"/> |

(248) commentaires, limitations : *CR. gabrielmo + Resuehels PAS. Apté classe? → 10-06-2017*

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

Je soussigné 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, adresse du médecin agréé                | Cachet et signature |
| <i>05 JUIL. 2022</i> | <i>Dr Patrick CORREA, Av. des Ambassades</i> |                     |