

 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

TYPE DE PERSONNEL : Elève pilote
CLASSE : 2
NOM DE L'EMPLOYEUR : Aéroclub Iba Guinée
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>SECK</u> Prénom : <u>Amadou Beye</u> Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>09/02/1996</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>ADS - 23-01-2025</u> Adresse : <u>Ouest Foire cité Khandou I</u> Téléphone : <u>77-46979-27</u> email : <u>seckamadoubeye@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Agent de banque</u> Situation de famille : <u>Célibataire</u>	Activité(s) pratiques ☐ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☒ Autres précisez : <u>Aéroclub Iba Guinée</u> Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : <u>Yoff LSS</u> 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 : 17/01/2023 Lieu :

Nom du médecin : Docteur Correa Patrick

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		☒
2	Taux de cholestérol élevé		☒
3	Maladie respiratoire		☒
4	Maladies de l'estomac		☒
5	Maladies du foie		☒
6	Diabète		☒
7	Maladies rénales		☒
8	Maladies articulaires et du dos		☒
9	Maladie thyroïdienne		☒
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
12	Vertiges, pertes de connaissance		☒
13	Migraines		☒

	Répondez aux questions suivantes :	OUI	NON
14	Troubles du sommeil		☒
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		☒
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		☒
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		☒
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		☒
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		☒
21	Consommez-vous de l'alcool ?		☒
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		☒
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		☒
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 testés en vigueur.

Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

23/01/2025


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

⊕ Pich Pène

 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 : SELK		Prénoms : Amadou Béye		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 03/02/1996		Lieu de naissance : Dakar	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis)		(207) Pouls au repos
	186 cm	98 kg	Neur	Neur	mmHg		
					Systolique	Diastolique	Pulsations
					123	86	80
							Rythme
							☐ irrégulier ☒ régulier

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, tympons, 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.

Ex. Hémicléf. de la gorge = 25ans. Cervelet sans lésion. Sanguein. Ligament. Tabacco. Adénos. TTE. Spuit. +

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	10	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	✓			
Vision binoculaire	✓			

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal
				mal
(238) ECG			23-01-2025	✓
(239) Audiogramme			23-01-2025	✓
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				
D : mmHg				



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				
Œil gauche				
Vision binoculaire				

(232) Lunettes			(233) Lentilles de contact		
Oui ☐		Non ☒	Oui ☐		Non ☐
Type :			Type :		
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(2313) **Perception des couleurs** Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIIHARA
Nombre de tables présentées	Nombre d'erreurs

(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 %	Peak Flow (l/min)	(g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐

(248) **commentaires, limitations :**

(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

23-06-2017

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
Ambassade
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

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

(244) Divers (Sujet ?) ☐ ☐ ☐

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

Avis :	Nom :
Signature :	

(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	Classe 2	Classe 3
	☐	☒	☐

 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 ☐	CLASSE 2 ☒	CLASSE 3 ☐

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **AMADOU BEYE SECK**

Né(e) le : **09/02/1996** à DAKAR Age : **28 ANS**

Demeurant : **.....OUEST FOIRE CITE KHANDARE 2.....**

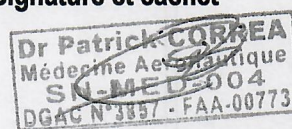
Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **23/01/25**

Limite de validité : **31/01/27** Durée de validité : **...2 ANS.....**

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 Evaluator 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.