



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 :** PERSONNEL NAVIGANT DE CABINE  
**CLASSE :** 2  
**NOM DE L'EMPLOYEUR :** AIR SENEGAL SA  
**ADRESSE :** BSI N°2 ROUTE DU KING FAHD PLOCE, ALMADIES DAKAR.

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : SEYE  
Prénom : NDARY SEYNI  
Nationalité : SENEGALAISE  
Né(e) le : 01/03/1976 à : DAKAR  
Lieu et date de l'examen médical : AMS, le 18/10/19  
Adresse : OYAKSI CITE AVIONS C162, DAKAR  
Téléphone : 70-8614860 email : ndaryseye@yahoo.fr  
Profession/activité : PNC TRI/TRE  
Situation de famille : MARIÉ

**Activité(s) pratiques**  
 Avion  Planeur  
 Hélicoptère  Ballon  
 Autres précisez :  
Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)  
Aérodrome :  
Activités aériennes antérieures :  
Heures de vol : + de 10.000H

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ?  OUI  NON  
Si OUI : Date : 18/04/19 Lieu : AMS 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		<input checked="" type="checkbox"/>
15		<input checked="" type="checkbox"/>
16		<input checked="" type="checkbox"/>
17		<input checked="" type="checkbox"/>
18		<input checked="" type="checkbox"/>
19		<input checked="" type="checkbox"/>
20		<input checked="" type="checkbox"/>
21		<input checked="" type="checkbox"/>
22	<input checked="" type="checkbox"/>	
23		<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :		
24		
25		

**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  
Le 18/10/19

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



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 : **SEYE** Prénoms : **NDARY SEYNI** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **02/03/1976**  
Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>185</b> cm	(203) Poids <b>100</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Noire</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noire</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
	Systolique <b>131</b>	Diastolique <b>78</b>	Pulsations <b>77</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)	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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					

**Acuité visuelle** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact			
		Sans correction		Avec correction	
		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit sans correction	Corrigée à			<b>10</b>	
Œil gauche sans correction	Corrigée à			<b>10</b>	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à			<b>10</b>	
<b>(230) Vision intermédiaire</b>					
N14 lu à 100cm					
Œil droit				<b>10</b>	
Œil gauche				<b>10</b>	
Vision binoculaire				<b>10</b>	

(235) Analyse d'urine Normale  anormale

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<b>0</b>	<b>0</b>			
Rapport annexés			Non réalisé	Date
			<input checked="" type="checkbox"/>	<b>18-10-2019</b>
				<b>2017</b>
			Normal	Anormal
			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(238) ECG				
(239) Audiogramme				
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				