

| | | | |
|---|---|------------------------------------|-----------------|
|  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 : PAT classe 1

CLASSE :

NOM DE L'EMPLOYEUR : Air Senegal SA.

ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

| | |
|--|--|
| Nom : <u>BA</u> Prénom : <u>MAMADOU SALIOU</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>05/06/1977</u> à : <u>Sinjhan</u> Lieu et date de l'examen médical : Adresse : Téléphone : <u>77-5880567</u> email : <u>mamadousalio@airseNEGAL.com</u> Profession/activité : <u>ETUDIANT</u> Situation de famille : | 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 : 07/02/2024 Lieu : HMO(CEHFA) Nom du médecin : DR IBRAHIMA DIOUF

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"/> |
| 23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ? | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Pour les candidates : | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ? | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 25 Autres | | | <input checked="" type="checkbox"/> |

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

12/06/2025



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 : BA

Prénoms : MAMADOU SALIOU

Date de naissance
(JJ/MM/AAAA): 05/06/1995
Lieu de naissance : Dakar

| | | | | | | | | |
|--|------------------------|----------------------|----------------------------|-------------------------------|--|-------------------|----------------------|---|
| (201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille 168 cm | (203) Poids 60 kg | (204) Yeux couleur Noir | (205) Cheveux couleur Noir | (206) Tension artérielle (assis) mmHg | | (207) Pouls au repos | |
| | | | | | Systolique 127 | Diastolique 79 | Pulsations 84 | 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 | 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, compli- ance 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

EP Cadet An Jeune SA. Coeur Celibataire

TABAC = 0
ALCO = 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 | 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 | Anor mal |
| (238) ECG | | | 12-06-2025 | | d. |
| (239) Audiogramme | | | 12-06-2025 | d. | |
| (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 | | | | | |
| Œil gauche | | | | | |
| Vison binoculaire | | | | | |
| (232) Lunettes | | (233) Lentilles de contact | | | |
| Oui <input type="checkbox"/> | Non <input checked="" type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | | |
| Type : | | Type : | | | |
| réfraction | Sph | Cylindre | Axe | Ajouter | |
| | | | | | |

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis :

Nom :

Signature :

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

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA

Nombre de tables présentées *de* Nombre d'erreurs *0*

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

| | |
|---|---|
| Oreille droite | Oreille gauche |
| Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur | |
| Oui <input checked="" type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Non <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Audiométrie éventuelle

| | | | | | | |
|----------------|-----|------|------|------|------|------|
| Hz | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 |
| Oreille droite | | | | | | |
| Oreille gauche | | | | | | |

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

| | | |
|--|--|---|
| VEMS/CV % | Peack Flow (l/min) | Hg (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>Ce = 0,80</i> |

(248) commentaires, limitations : *FCA = BAU 1- de RAS* *Apté classe 1 -> 30-06-2016*

(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 *13-06-2015*

Nom et adresse du médecin agréé *Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL*

Cachet et 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 <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 : **MAMADOU SALIOU BA**

Né(e) le : **05/06/1999** à **SINDIAN** Age : **... 26 ANS**

Demeurant : **.....BASE ECOLE DE THIES**

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 : **12/06/25**

Limite de validité : **30/06/26** Durée de validité : **1 AN**

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 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.