

 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 : PNT
CLASSE : Classe 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL SA
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

<p> Nom : <u>CAMARA</u> Prénom : <u>PAPA OUSMANE</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>30/07/1995</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS</u> Adresse : Téléphone : <u>76 148 77 90</u> email : <u>papaousmane.camara123@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Bléve pilote</u> Situation de famille : <u>Celibataire</u> </p>	<p align="center">Activité(s) pratiques</p> <p> <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) </p> <p>Aérodrome : <u>GOTT (THIES)</u></p> <p>Activités aériennes antérieures : <u>Vols d'instruction</u> Heures de vol : <u>113 H</u></p>																																																																																	
<p align="center">Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p align="center">Si OUI : Date : <u>06/12/2023</u> Lieu : <u>CEMPA (HMO)</u> Nom du médecin : <u>Ibrahima DIOUF</u></p> <p align="center">Vous avez été déclaré : <input checked="" type="checkbox"/> Apté <input type="checkbox"/> Inapte</p> <p align="center">Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON</p>																																																																																		
<p align="center">Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :</td> <td style="width: 10%;">OUI</td> <td style="width: 10%;">NON</td> </tr> <tr> <td>1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 Taux de cholestérol élevé</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 Maladie respiratoire</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 Maladies de l'estomac</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 Maladies du foie</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 Diabète</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7 Maladies rénales</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8 Maladies articulaires et du dos</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9 Maladie thyroïdienne</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10 Tumeur ou maladie cancéreuse</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>11 Oeil : choc, maladies, troubles visuels</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 Vertiges, pertes de connaissance</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>13 Migraines</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> <p align="center">Répondez aux questions suivantes :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">14 Troubles du sommeil</td> <td style="width: 10%;">OUI</td> <td style="width: 10%;">NON</td> </tr> <tr> <td>15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 Êtes-vous un consommateur de tabac ?</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20 Faites-vous usage de drogues illégales ?</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>21 Consommez-vous de l'alcool ?</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?</td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Pour les candidates :</td> </tr> <tr> <td>24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25 Autres</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>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.</p> <p>Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile</p> <p align="right">Date et signature du personnel aéronautique <u>05/12/2024</u> <u>Camara</u></p>		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 Oeil : choc, maladies, troubles visuels	<input checked="" type="checkbox"/>		12 Vertiges, pertes de connaissance	<input checked="" type="checkbox"/>		13 Migraines	<input checked="" type="checkbox"/>		14 Troubles du sommeil	OUI	NON	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 Êtes-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 illégales ?	<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 :			24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?			25 Autres		
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 Oeil : choc, maladies, troubles visuels	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																	
12 Vertiges, pertes de connaissance	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																	
13 Migraines	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																	
14 Troubles du sommeil	OUI	NON																																																																																
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 Êtes-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 illégales ?	<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 :																																																																																		
24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?																																																																																		
25 Autres																																																																																		
<p align="center">Annotations du médecin-examinateur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) : (Si OUI pour 23 et 25, préciser) :</p>																																																																																		

Annotations du médecin-examinateur 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 : CAMARA

Prénoms : Papa Ousmane

Date de naissance
(JJ/MM/AAAA) : 30/07/1995
Lieu de naissance : DAKAR

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 189 cm	(203) Poids 66 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 144	Diastolique 102	Pulsations 78	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	✓		(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

Eg. Aïn Seine gel SA. (École Année Air) 29 ans lettre euf. 100% de euf. Aile = 0. Spont = 0. Qual = 0.

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

(235) Analyse d'urine Normale anormale

		Lunettes/Contac t	
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	Normal
(238) ECG	05-19 02		→ OK.
(239) Audiogramme			
(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
œil droit		<i>g</i>	
œil gauche		<i>d</i>	
Vison binoculaire		<i>a</i>	
(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

(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA	
Nombre de tables présentées		<i>2</i>	<i>0</i>
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 <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
		Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine				
VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	<i>16,2 (g/dl)</i>				
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	<i>Glob = 9,65</i>

(248) commentaires, limitations : <i>(238) Sign HVG. bas voltage. à soumettre + TA.</i>						
<i>Applé classe 1 → 31-12-2025</i>						

(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

09-12-2024

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

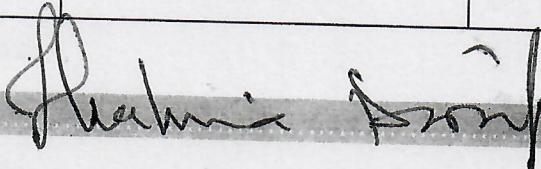
Cachet et signature

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

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE	SN-SEC-MED-FORM-03-A 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 :



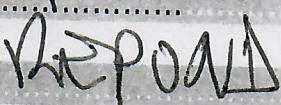
Titulaire de l'agrément n :

SN-MED-006

Certifie que Monsieur **Pape Ousmane CAMARA**

Né(e) le : **30 juillet 1995** à Dakar Age : **28 ans**

Demeurant : **B.E.T**



(Préciser REPOUND ou NE REPOUND PAS)

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

Date de l'examen : **06/12/2023**

Limite de validité : **21/12/2024**

Durée de validité : **... mm (01) mm**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :



Docteur et cachet DIOUR
 Médecin-Colonel (CR)
 Médecin-Urgentiste
 Médecin Aéronautique Agréé
 Tél. +221 77 638 69 67
 Email: ibouphilao60@gmail.com

Un navigant doit cesser d'exercer les priviléges 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 priviléges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evaluateur 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 susmentionnée.

 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 : **PAPA OUSMANE CAMARA**

Né(e) le : **30/07/1995** à DAKAR Age : **... 29 ANS**

Demeurant : **BET**

REPOND (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

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

Date de l'examen : **05/12/24**

Limite de validité : **31/12/25** Durée de validité : **1 AN**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet



Un navigant doit cesser d'exercer les priviléges 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 priviléges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Évaluateur 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 susmentionnée.