

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-01-A</b>	
	<b>EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE</b>		Date d'application : 10/09/2018

**TYPE DE PERSONNEL** : ..... PNT .....  
**CLASSE** : ..... CLASSE 1 .....  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : ..... AIR SENEGAL SA .....  
**ADRESSE** : ..... BASE ECOLE DE THIES .....

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

Nom : <u>DEMBADIANG</u> Prénom : <u>FATOU MATA FADERA</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>01/09/1999</u> à : <u>THIES</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>CEMPN, le 12/12/2024</u> Adresse : <u>Randoulène Nord, Thies</u> Téléphone : <u>76-125-70-52</u> email : <u>ffdembadiang5077@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Élève Pilote</u> Situation de famille : <u>Célibataire</u>	<b>Activité(s) pratiques</b> <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) <u>EAA</u> Aérodrome : <u>Aérodrome de Thies</u> Activités aériennes antérieures : <u>Vol d'instruction</u> Heures de vol : <u>97H</u>
---	---

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

Si OUI : Date : 06/12/2023 Lieu : HMO(CEMPA) Nom du médecin : Ibrahima Dial

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 :			
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 testes 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

12-12-2024

*(Signature)*

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 : **DEMBANZANG**

Prénoms : **Fatoumata Fadoua**

Date de naissance **01/09/1999**  
(JJ/MM/AAAA):  
Lieu de naissance : **THIES**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>168</b> cm	(203) Poids <b>62</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Mar.</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <b>102</b>	Diastolique <b>79</b>		
					Pulsations <b>82</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	/		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	/
(209) Cavité bucale, gorge, dents	q		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	q		(220) système génito-urinaire	q
(211) Oreilles, tympans, compli- ance tympanique	q		(221) Système endocrinien, thyroïde	q
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	q		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	q
(213) Yeux - pupilles	/		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	q
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	/		(224) Examen neurologique- réflexes etc	q
(215) Poumons, thorax, seins	q		(225) Psychiatrie	/
(216) Cœur	q		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	q
(217) Système vasculaire	/		(227) Etat général	q

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

**EB. Pilote A. Sauvage SA (Ecole NA) 25 ans (cath. - o. c. f.)**

Taille =  
Poids =  
Sp. = 11x pe

**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/Contac  
t

Œil droit sans correction	Corrigée à	<b>9</b>		
Œil gauche sans correction	Corrigée à	<b>9</b>		
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	<b>10</b>		
(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit			<b>q</b>	
Œil gauche			<b>q</b>	
Vision binoculaire			<b>q</b>	

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<b>o</b>	<b>o</b>	<b>o</b>		
Rapport annexés		Non réali- sé	Date	Nor- mal
			<b>12-12 2020</b>	<b>q</b>
(238) ECG				
(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) <b>de près</b>	Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			<i>d</i>	
Œil gauche			<i>d</i>	
Vision binoculaire			<i>d</i>	
(232) <b>Lunettes</b>	(233) <b>Lentilles de contact</b>			
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 ?)

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

Avis : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

*Apte* 

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

(313) **Perception des couleurs** Normale  Anormale

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA

Nombre de tables présentées *2* Nombre d'erreurs *0*

(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"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**APTE pour la classe :**

**INAPTE pour la classe :**

**Remis pour une évaluation complémentaire** dans l'affirmative, indiquer :  
Le destinataire : \_\_\_\_\_  
Le motif : \_\_\_\_\_

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

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 : \_\_\_\_\_

(236) **Fonction respiratoire** (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	<i>19,2</i> (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>Age = 2,76</i>

Champ d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(248) **commentaires, limitations :**  
*Part correction opticien* *Apte classe 1 -> 31-12-2025*

(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.

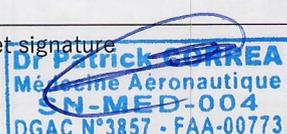
(250) Lieu et date

*12-12-2024*

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

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 :

*Dr Ibrahima Diouf*

Titulaire de l'agrément n :

SN-MED-006

Certifie que Mademoiselle **Fatoumata Fadéra DEMBADIANG**

Né(e) le :

01 septembre 1999

à Thiès

Age :

24 ans

Demeurant : B.E.T

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 :

06/12/2023

Limite de validité :

31/12/2024

Durée de validité :

un (01) an

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

NEANT

Signature et cachet  
**Ibrahima DIOUF**  
Médecin-Colonel (CR)  
Médecin-Urgentiste  
Médecin Aéronautique Agréé  
Tél. +221 77 638 69 67  
Email: ibouthiao60@gmail.com

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 susmentionnée.

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-03-A</b>	
	<b>CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE</b>	Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

CATEGORIES		
CLASSE 1 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **FATOUMATA FADERA DEMBADIANG**

Né(e) le : **01/09/1999** à THIES Age : **25 ANS**.....

Demeurant : **.....RANDOULENE NORD THIES.....**

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.

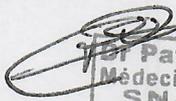
Date de l'examen : **12/12/24**

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

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence : .....

**PORT DE VERRES OBLIGATOIRE**

Signature et cachet

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

*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.*