

 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 :

CLASSE : 2

NOM DE L'EMPLOYEUR :

ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>COULIRALY</u> Prénom : <u>BIRAME BERTRAND</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>11/11/1987</u> à : <u>DIARRA</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>9/11/2015</u> Adresse : <u>OUAKAM BATAKIN VILLE 18</u> Téléphone : <u>79-183-35-35</u> email : <u>COULIRALY.BIRAME@GMAIL.COM</u> Profession/activité : <u>DIRECTEUR DE SOCIETE</u> Situation de famille : <u>MARIE</u>	Activité(s) pratiques ☒ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ 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 : 21/11/2014 Lieu : Nom du médecin : DE 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 »

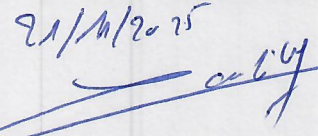
	OUI	NON
1		☒
2		☒
3		☒
4		☒
5		☒
6		☒
7		☒
8		☒
9		☒
10		☒
11		☒
12		☒
13		☒

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

21/11/2015


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 : <u>COUDRAY</u>		Prénoms : <u>RODOLPHE BERTIN</u>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <u>11/02/1981</u>		Lieu de naissance : <u>SAKAK</u>	
(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
	<u>185</u> cm	kg	<u>Neon</u>	<u>Blond</u>	mmHg Systolique : <u>131</u> Diastolique : <u>99</u>		Pulsations : <u>77</u> Rythme : ☒ régulier ☐ irrégulier

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.
PPA, prudent Hercules 24 Ceyen. 42 ans. Navi 600h. Tabac 2000.

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	<u>10</u>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<u>10</u>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<u>10</u>	Corrigée à		
(230) Vision intermédiaire		Sans correction Avec correction		
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui Non
Œil droit		<u>1</u>		
Œil gauche		<u>1</u>		
Vision binoculaire		<u>1</u>		

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			<u>21-11-2005</u>	<u>x</u>	
(239) Audiogramme			<u>21-11-2005</u>	<u>x</u>	
(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				
Vision binoculaire				
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui ☐ Non ☒	Oui ☐ Non ☐			
Type :	Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées 20	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 ☒ 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

Nom et adresse du médecin agréé

Cachet et signature

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



(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.

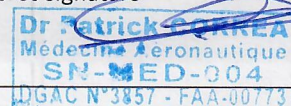
Décision n° Du

Libellé :

Champ d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3
	☐	☒	☐

21-11-2025

Dr Patrick Correa
3, Av. des Ambassadeurs
DAKAR SENEGAL



Date: 21/11/2025

Nom: Coulibaly

Prénom: Brame Bertrand

Date de naissance: 11/12/1989

AUDIOGRAMME

