

 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 : INT
 CLASSE : 1
 NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL
 ADRESSE : DAKAR

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>NIANG</u> Prénom : <u>YORO</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>16/12/1991</u> à : <u>CONAKRY</u> Lieu et date de l'examen médical : Adresse : <u>199 CITE SATIBA</u> Téléphone : <u>77512 1940</u> email : <u>NIANGYOR1@gmail</u> Profession/activité : <u>PILOTE</u> Situation de famille : <u>MARIÉ</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 : : ____/____/____ Lieu : 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	Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
2	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
3	Taux de cholestérol élevé		☒
4	Maladie respiratoire		☒
5	Maladies de l'estomac		☒
6	Maladies du foie		☒
7	Diabète		☒
8	Maladies rénales		☒
9	Maladies articulaires et du dos		☒
10	Maladie thyroïdienne		☒
11	Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
12	Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
13	Vertiges, pertes de connaissance		☒
14	Migraines		☒

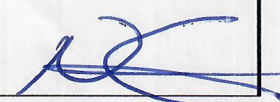
	Répondez aux questions suivantes :	OUI	NON
14	Troubles du sommeil		☒
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	☒	
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		☒
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		☒
19	Prenez-vous actuellement un 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 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

05/02/2025



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 : NIANG		Prénoms : Jura		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 16/10/1991		Lieu de naissance : conakry	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 171 cm	(203) Poids 63 kg	(204) Yeux couleur Neui	(205) Cheveux couleur Neui	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique 105	Diastolique 63	Pulsations 62 ☐ irrégulier ☒ régulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	1		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	1	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	1		(219) Anus, rectum (si nécessaire)		
(210) Nez, sinus	1		(220) système génito-urinaire	1	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	1		(221) Système endocrinien, thyroïde	1	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	1		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	1	
(213) Yeux - pupilles	1		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	1	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	1		(224) Examen neurologique- réflexes etc	1	
(215) Poumons, thorax, seins	1		(225) Psychiatrie	1	
(216) Cœur	1		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	1	
(217) Système vasculaire	1		(227) Etat général	1	

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
ORL. A320. Air Senegal SA. projet FAA pour recherche enflai, malade
34 ans Neui 2 eaf. Tobac=0. Ale=0 IT=0 Spout= 4x1sem

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

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			05-02 2016	1	
(239) Audiogramme			05-02 2016	1	
(240) Examen Ophtalmologique					
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins			05-02 2016	2A	
(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

N5 lu à 30 – 50cm

Sans correction Avec correction

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

Nombre de tables présentées

Type ISHIHARA

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 ☒

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)

161

Normal ☐ Anormal ☐

Normal ☐ Anormal ☐

Normal ☒ Anormal ☐

Clé = 0,97

(248) commentaires, limitations :

Part Vieux cornet

(242) et 2427 à renouveler

Après closure → 28-02-2027.

(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

05-02-2026

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

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

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 Aeronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

(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

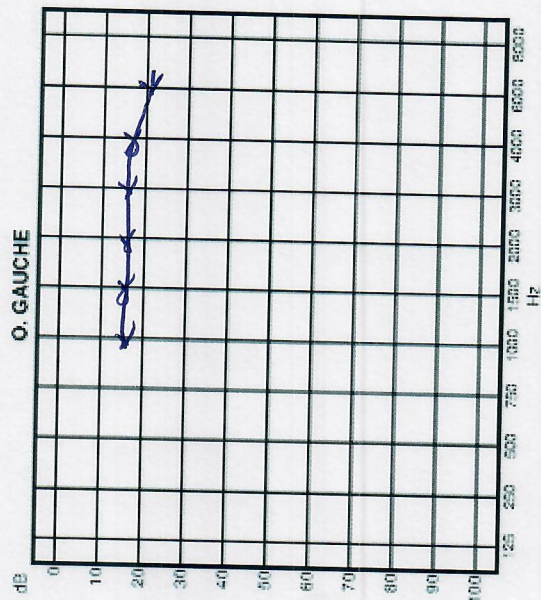
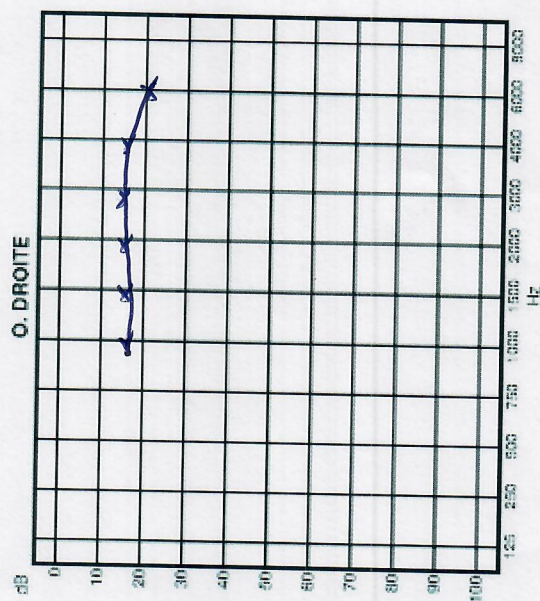
☒

☐

☐

Date : 05-05-26
Nom : Niang
Prénom : Yero
Date de Naissance : 2

AUDIOGRAMME



 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 : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **YORO NIANG**

Né(e) le : **16/10/1991** à CONAKRY Age : **... 34 ANS**

Demeurant : **... 198 CITE SOTIBA**

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.

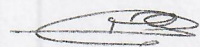
Date de l'examen : **05/02/26**

Limite de validité : **28/02/27** Durée de validité : **1 AN**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet


Dr Patrick CORREA
 Médecin 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.