 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 : PNC
 CLASSE : 2
 NOM DE L'EMPLOYEUR : Inanman
 ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>CISSE</u> Prénom : <u>Awa</u> Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>09/07/1984</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 04-09-2025</u> Adresse : <u>Ndior Fofe</u> Téléphone : <u>77 427 0054</u> email : <u>ambicose2@hotmail.fr</u> Profession/activité : <u>PNC</u> Situation de famille : <u>Veuve</u>	Activité(s) pratiques <input 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 : 07/09/2024 Lieu : AMS Nom du médecin : Patrick Corneil

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		<input checked="" type="checkbox"/>
3	Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>
4	Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>
5	Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>
6	Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>
7	Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>
8	Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>
9	Maladies articulaires et du dos		<input checked="" type="checkbox"/>
10	Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>
11	Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>
12	Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>
13	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 ?		
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 textes en vigueur.

Toutes fausses déclarations 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


04-09-2025



Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) : (15) Cessation en 2016

(3) Asthme

 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>Cissé</u>		Prénoms : <u>Awa</u>		Date de naissance <u>02-01-1984</u> (JJ/MM/AAAA):		Lieu de naissance : <u>Dakar</u>	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille cm	(203) Poids kg	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
	<u>163</u>	<u>77</u>	<u>Noir</u>	<u>Noir</u>	Systolique <u>114</u>	Diastolique <u>83</u>	Pulsations <u>71</u> <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier

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

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

PVC Transair, 41 ans, veuve, 1 enfant, Psychologue à la
Allegry, géol. nat. p. ex. aut. cesarienne (226),
Tab de verres correcteur

Dents = 0
Tobacco = 0
Sports = 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	Corrigée à	<u>9</u>	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	<u>9</u>	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	<u>9</u>	
(230) Vision intermédiaire		Sans correction Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui Non	Oui Non	
Œil droit		<u>+</u>	
Œil gauche		<u>+</u>	
Vison binoculaire		<u>+</u>	

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal Anormal
(238) ECG		<u>04/09/15</u>	<u>+</u>	
(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	Oui	Non
Œil droit				
Œil gauche				
Vision binoculaire				
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	
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)

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

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

Gly = 0.83

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>
		7.7

(248) commentaires, limitations :

Contrôle NFS prochain visite.
Prescription Fer - NFS à la prochaine. 30-09-2026
TAL L. au

(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

10-09-2025

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

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

D : mmHg				
(244) Divers (Sujet ?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis :	Nom :

(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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 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 : **AWA CISSE**

Né(e) le : **02/01/1984** à DAKAR Age : **41 ANS**.....

Demeurant : **..... NORD FOIRE**.....

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 : **04/09/25**

Limite de validité : **30/09/26** 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.