

 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

TYPE DE PERSONNEL : Pilote
CLASSE : I
NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENE GAL
ADRESSE : BAT n°2 Route du kang Fald
Almadras Dakar

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>DIENE</u> Prénom : <u>PAPA JOSEPH MARIE</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>28/12/1990</u> à : <u>THIES</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>24/03/2026</u> Adresse : <u>15 bis Cote Baïla Fall, Pékine</u> Téléphone : <u>77.198.50.71</u> email : <u>joephmariediene@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Pilote de ligne</u> Situation de famille : <u>CELIBATAIRE</u>	Activité(s) pratiques ☒ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : <u>Diaao (GOBD)</u> Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <u>3015</u>
--	--

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

Si OUI : Date : 24/03/2026 Lieu : DAKAR Nom du médecin : 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		☒

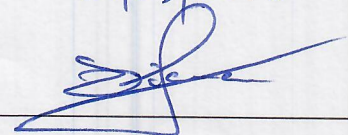
Répondez aux questions suivantes :	OUI	NON
14		☒
15		☒
16		☒
17		☒
18		☒
19		☒
20		☒
21		☒
22		☒
23		☒
Pour les candidates :		
24		
25		

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 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

24/03/2026



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 : DIENE		Prénoms : PAPA JOSEPH MARIE		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 28/12/1990		Lieu de naissance : THIES	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 187 cm	(203) Poids 80 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 121 Diastolique 69		(207) Pouls au repos Pulsations 88 ☐ irrégulier ☒ 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.
Q1. AIR 72. Air Sengell St. 75 ans. Ceilux o eufh. Tg Duro Aluco part = 4x per
IILO

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	16	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	16	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	Nor mal Anor mal
(238) ECG			24.03.2026	☒
(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 ☐	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	Nombre d'erreurs

(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 ☒	Oui ☒
	Non ☐	Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack 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 :
Dr. Patrick CORREA
Médecin Généraliste
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
	☒	☐	☐

Dr. Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Dr. Patrick CORREA
Médecin Aeronautique
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 : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **PAPA JOSEPH MARIE DIENE**

Né(e) le : **28/12/1990** à THIES Age : **...35 ANS**

Demeurant : **..... 15 BIS CITE BAILA FALL**

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 : **24/03/2026**

Limite de validité : **31/03/2027** Durée de validité : **1 AN**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet



Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00772

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.