 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 : PNL
CLASSE : 2
NOM DE L'EMPLOYEUR : TRANSAIR
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>TALL</u> Prénom : <u>FATIMATA</u> Nationalité : <u>Mauritanienne</u> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>26/05/1996</u> à : <u>TEYARET</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>04 septembre 2025 AMS</u> Adresse : <u>DAKAR</u> Téléphone : <u>77 775 01 06</u> email : <u>fatimata.tall@gmail.com</u> Profession/activité : <u>PNL</u> Situation de famille : <u>Mariée</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 : 20/06/2023 Lieu : DAKAR Nom du médecin : NIANG EL HADJI MALICK

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"/>
14 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 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

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) :

 <p>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</p>	FORMULAIRE		SN-SEC-MED-FORM-02-A	
	RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL		Date d'application : 10/06/2017	Page 1 sur 2

NOM : TALL		Prénoms : FATIMATA		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 26/05/1956		Lieu de naissance : TEYARET / Mawitane	
(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 177	(203) Poids kg 52	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Nbr	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique 119	Diastolique 67	

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

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

PVC Translucide 28ans Nonier, sans effet, allégé OAL,
rectifié, Anémisme clinique, poids une livre.

Tache = 0
Hémat = 0
Goutte = 0
Vestib = 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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième		Lunettes/Contact			
Œil droit sans correction		Corrigée à			
Œil gauche sans correction		Corrigée à			
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à			

(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit				
Œil gauche				
Vision binoculaire				

Glucose b	Protéines c	Sang c	Autres	
Rapport annexés	Non réali sé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG		04/09/25		f
(239) Audiogramme		04/09/25	X	
(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	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>			
Type :	Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

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 :
<i>In Apté</i> <i>Hb.</i>	Signature :

(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 <i>20</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

☐ APTE pour la classe :

☐ INAPTE pour la classe :

☒ Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer :

Le destinataire : *NFS.*

Le motif : *Hb = 16,2.*

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis (si 239/241 non réalisé

Oreille droite	Oreille gauche
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

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 <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>

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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations : *NFS - RAS.*
Faire NFS. Ionog - Apté classe 2 -> 30-09-2017.

(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 <i>10-09-2017</i>	Nom et adresse du médecin agréé <i>Dr Patrick CORREA</i> <i>3, Av. des Ambassades</i> <i>DAKAR SENEGAL</i>	Cachet et signature
---	---	-------------------------

 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 : **FATIMATA TALL**

Né(e) le : **26/05/1996** à TEYARET Age : **29 ANS**.....

Demeurant : **DAKAR**.....

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 : **30/09/27**

Durée de validité : **...2 ANS**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

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.