

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-01-A</b>
<b>EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE</b>		Date d'application : 10/09/2018
		Page 1 sur 1

**TYPE DE PERSONNEL :** PNC

**CLASSE :** 2

**NOM DE L'EMPLOYEUR :** TRANSATR

**ADRESSE :** \_\_\_\_\_

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

Nom : <u>KALCA</u> Prénom : <u>MARGUERITE BETTY</u> Nationalité : <u>SENÉGALAISE</u> Né(e) le : <u>29 / 10 / 1998</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>415 ou 09 10 2018</u> Adresse : <u>Mamelle Aviation</u>  Téléphone : <u>78 524 61 95</u> email : <u>Kalbamanguerite.betty@gmail.com</u> Profession/activité : <u>PNC</u> Situation de famille : <u>Célibataire</u>	<div style="margin-bottom: 10px;"> <b>Activité(s) pratiques</b> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> <input checked="" type="checkbox"/> Avion           </div> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> Planeur         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> Hélicoptère           </div> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> Ballon         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> Autres précisez : <u>Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)</u> </div> <div style="flex: 1;"></div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <b>Aérodrome :</b> _____       </div> <div style="margin-top: 10px;"> <b>Activités aériennes antérieures :</b> _____       </div> <div style="margin-top: 10px;"> <b>Heures de vol :</b> _____       </div>
--	---

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

Si OUI : Date : 31/03/2013 Lieu : USM

Nom du médecin : El Hadji Malick Ndiang

Vous avez été déclaré :  Apté  Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proches de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ?  OUI  NON

**Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »**

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		OUI	NON
1	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		X
2	Taux de cholestérol élevé		X
3	Maladie respiratoire		X
4	Maladies de l'estomac	X	
5	Maladies du foie	X	
6	Diabète		X
7	Maladies rénales	X	
8	Maladies articulaires et du dos	X	
9	Maladie thyroïdienne	X	
10	Tumeur ou maladie cancéreuse	X	
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		X
12	Vertiges, pertes de connaissance	X	
13	Migraines	X	

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.

Toute 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

04/09/2018



Annotations du médecin-examinateur 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 : <b>KALLA</b>	Prénoms : <b>MARGUERITE BETTY</b>	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): <b>21/10/1988</b>				
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>1,69 cm</b>	(203) Poids <b>66 kg</b>	(204) Yeux couleur <b>NOIR</b>	(205) Cheveux couleur <b>NOIR</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg <b>121 83</b>	(207) Pouls au repos Systolique <b>121</b> Diastolique <b>83</b> Pulsations <b>83</b> Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier

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, tympans, 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 avant chaque commentaire.	<i>PNC Troussair 27 ns Celib, sans enfant, motrice Tablee 20 pieds 20 Sphère ok Nuds 50</i>			

Acuté visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine

Normale  anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième

Lunettes/Contac  
t

Œil droit sans correction	S	Corrigée à	X	
Œil gauche sans correction	S	Corrigée à	X	
Vision binoculaire, sans correction	F	Corrigée à	X	

(230) Vision intermédiaire

Sans correction      Avec correction

N14 lu à 100cm

	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	X		X	
Œil gauche	X		X	
Vision binoculaire	X		X	

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG	<i>maladie</i>			
(239) Audiogramme	<i>maladie</i>	X		
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				

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

(231) de près		Sans correction	Avec correction	D : mmHg							
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non	(244) Divers (Sujet ?)					
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>							
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>							
Vison binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>							
(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 <input checked="" type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>								
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA									
Nombre de tables présentées		<input checked="" type="checkbox"/>	Nombre d'erreurs <input checked="" type="checkbox"/>								
(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'examinateur		Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>								
Non <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>									
Audiométrie éventuelle											
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000					
Oreille droite											
Oreille gauche											
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine									
		Glyc. P.87									
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 checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>						
(248) commentaires, limitations: <i>Pant cannelé glycine.</i>											
(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé											
Je soussigne 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							
09-09-2025		Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL									



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 :

MARGUERITE BETTY KALLA

Né(e) le : 22/10/1998

à DAKAR Age : 26 ANS.....

Demeurant : ..... MAMELLES AVIATION.....

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des priviléges 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 :

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 priviléges 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 priviléges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Évaluateur 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 susmentionnée.