



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 :** Personnel navigant commercial

**CLASSE :** \_\_\_\_\_

**NOM DE L'EMPLOYEUR :** Transair

**ADRESSE :** Mamelles

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

<p>Nom : <b>biorime</b> Prénom : <b>Mame Bouss</b> Nationalité : <b>Sénégalaise</b> Né(e) le : <b>26/07/1993</b> à : <b>Dakar</b> Lieu et date de l'examen médical : <b>Dakar, 17 Septembre</b> Adresse : <b>Mamelles</b></p> <p>Téléphone : <b>97 530 117</b> Email : <b>mameley8@gmail.com</b> Profession/activité : <b>PNC</b>, Situation de famille : <b>mariée</b></p>	<p><b>Activité(s) pratiques</b></p> <p><input checked="" 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 : _____</p> <p><b>Activités aériennes antérieures :</b> <b>Heures de vol :</b> _____</p>
---	---

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

Si OUI : Date : **31/08/2023** Lieu : **Dakar** Nom du médecin : **Dr Kaouk**

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

17.09.2018

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>boum</b>	Prénoms : <b>Mame Bousso</b>		Date de naissance <b>26.07.1993</b> (JJ/MM/AAAA):					
(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>170</b> cm	(203) Poids <b>50</b> kg	(204) Yeux couleur <b>brun</b>	(205) Cheveux couleur <b>noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg	(207) Pouls au repos		
					Systolique <b>122</b>	Diastolique <b>79</b>	Pulsations <b>99</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	<b>✓</b>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<b>✓</b>	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<b>✓</b>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)		
(210) Nez, sinus	<b>✓</b>		(220) système génito-urinaire	<b>✓</b>	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<b>✓</b>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<b>✗</b>	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<b>✓</b>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<b>✗</b>	
(213) Yeux - pupilles	<b>✓</b>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<b>✗</b>	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<b>✓</b>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<b>✗</b>	
(215) Poumons, thorax, seins	<b>✓</b>		(225) Psychiatrie	<b>✗</b>	
(216) Cœur	<b>✓</b>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<b>✓</b>	
(217) Système vasculaire	<b>✗</b>		(227) Etat général	<b>✗</b>	
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire	<b>PNE. transain. (2022). 32 ans. Naine Zayt.</b>				<b>Tobac = 0 Alle = 0 11 = 0 Sport = 0</b>

#### 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/Contac  
t

Glucose	Protéines	Sang	Autres
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	

Rapport annexés

Non  
réali  
sé

Date

Nor  
mal

Anor  
mal

**17-05  
2015 d.**

Œil droit sans correction	<b>10</b>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<b>10</b>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<b>10</b>	Corrigée à		

(230) Vision intermédiaire

Sans  
correction  
Avec  
correction

N14 lu à 100cm

Oui	Non	Oui	Non
<b>1</b>			
<b>1</b>			
<b>1</b>			

(238) ECG

(239) Audiogramme

(240) Examen  
Ophtalmologique

(241) Examen ORL

(242) Lipides sanguins

(243) Fonctions  
respiratoires

(320) Tonométrie G :



## 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		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Œil droit		<i>d</i>				
Œil gauche		<i>1</i>				
Vison binoculaire		<i>2</i>				
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact				
<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Type :		Type :				
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter		
(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>				
Tables pseudo-isochromatiques Nombre de tables présentées <i>80</i>		Type ISHIHARA Nombre d'erreurs <i>0</i>				
(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		<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non			
Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine				
VEMS/CV % <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		Peak Flow (l/min) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		(g/dl) <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal		

(248) commentaires, limitations :

*Appelé classe 2 → 30-03-2027*

(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

*17-02-2025*

Nom et adresse du médecin agréé  
*Dr Patrick CORREA  
3, Av. des Ambassades  
DAKAR SENEGAL*

Cachet et signature

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

D : mmHg				
(244) Divers (Sujet ?)	<input type="checkbox"/>	<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>Apb</i>	<i>Dr Patrick CORREA</i>
Signature :	
<i>Dr Patrick CORREA</i>	
Médecine Aéronautique 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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>1-</i>	<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

CLASSE 2

CLASSE 3

Je soussigné, Docteur :

**PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n :

**SN - MED - 004**

Certifie que M :

**MAME BOUSSO DIOUME**

Né(e) le : **26/07/1993** à KHOMBOLE Age : **32 ANS**.....

Demeurant : .....**78 SCAT URBAM MARISTE**.....

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 : **17/09/25**

Limite de validité : **30/09/27**

Durée de validité : **...2 ANS.....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet



Dr. Patrick CORREA  
Médecine 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 Evaluateur 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.*