



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 : Élève - Pilote

CLASSE : 2

NOM DE L'EMPLOYEUR : _____

ADRESSE : _____

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>Kane</u> Prénom : <u>Mohamed El Hadouci</u> Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>16/12/1992</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 21/11/2021</u> Adresse : <u>Haut Marais DAKAR u= X3</u> Téléphone : <u>77190719</u> email : <u>hadouci.kane.01@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Sécurité Privée</u> Situation de famille : <u>Célibataire</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 : <u>Flight Simulator</u> Heures de vol : _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Si OUI : Date : _____ / _____ / _____ Lieu : _____ Nom du médecin : _____

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 prévisions 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	

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		X
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		X
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		X
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		X
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		X
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		X
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		X
21	Consommez-vous de l'alcool ?		X
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		X
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		X
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		-
25	Autres		

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

81/11/2021

H. Hadouci

Annotations du médecin-examinateur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

SN-SEC-MED-FORM-02-A

Date d'application :
10/06/2017

Page
1 sur 2

NOM : Khale	Prénoms : Mohamed El Hachmi	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 16/12/1993				
(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 173 cm	(203) Poids kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg 107 / 70	(207) Pouls au repos Systolique 71

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	q		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	q	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	q		(219) Anus, rectum (si nécessaire)		
(210) Nez, sinus	q		(220) système génito-urinaire	q	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	q		(221) Système endocrinien, thyroïde	1	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	q		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	q	
(213) Yeux - pupilles	q		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	q	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	1		(224) Examen neurologique- réflexes etc	1	
(215) Poumons, thorax, seins	q		(225) Psychiatrie	1	
(216) Cœur	q		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	q	
(217) Système vasculaire	1		(227) Etat général	1	

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
Fonction d'œil et d'oreille très bonne, aucun problème (connaissance de famille), motivation = sécurité c'est tout, 33 ans. Tabac - avec < 1 an. IT = 0.

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

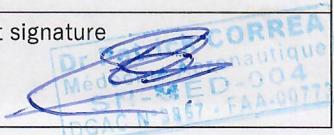
(235) Analyse d'urine

Normale anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième			Lunettes/Contac t		Glucose	Protéines	Sang	Autres
Œil droit sans correction	10	Corrigée à			0	0	0	
Œil gauche sans correction	9	Corrigée à						
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à						
(230) Vision intermédiaire			Sans correction	Avec correction	Rapport annexés			
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non	Non réalisée	Date	Normal	Anormal
Œil droit	1							
Œil gauche	1							
Vision binoculaire	1							
(238) ECG								
(239) Audiogramme					21-11-2025	d.		
(240) Examen Ophtalmologique					21-11-2025	a		
(241) Examen ORL					21-11-2025	a		
(242) Lipides sanguins					21-11-2025	a		
(243) Fonctions respiratoires								
(320) Tonométrie G :								

*Rx Tonus = RAS
EEG = RAS*

 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	D : mmHg											
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non	(244) Divers (Sujet ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
œil droit		<i>g</i>				(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude									
œil gauche		<i>g</i>													
Vison binoculaire		<i>g</i>													
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact													
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Type :											
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter											
(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>													
Tables pseudo-isochromatiques		<i>80</i>		Type ISHIHARA											
Nombre de tables présentées		<i>80</i>		Nombre d'erreurs <i>0</i>											
(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										
				<i>Oui</i> <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Oui</i> <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													
VEMS/CV %		Peack Flow (l/min)		<i>15,5</i> (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>Appr classe 2 → -30-11-2017</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						
<i>25-11-2017</i>				<i>Dr Patrick CORREA 3. Av. des Ambassades SENEGAL</i>					 <i>DR PATRICK CORREA Medecin Aeronautique SPHER-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773</i>						

21/11/2025

Nom : KALIE

Prenom : Nohamed H
Date de Naissance : 16/12/1999

AUDIOGRAMME

