

 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 : ELEVE
CLASSE : 2
NOM DE L'EMPLOYEUR : Aéronautique Sénégal
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>AYAD</u> Prénom : <u>ALLEY</u> Nationalité : <u>SENEGALAIS</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>02/08/1996</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>DAKAR le 04/02/2016</u> Adresse : <u>4 RUE NALENTANT</u> Téléphone : <u>77-317-05-72</u> email : <u>allegayad@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Agronomie</u> Situation de famille : <u>Célibataire</u>	Activité(s) pratiques ☐ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ 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 : ____/____/____ Lieu : _____ Nom du médecin : _____

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

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

le 04/02/2016



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 : AYAD	Prénoms : Alley	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 03/08/1966				
		Lieu de naissance : BAKAR				
(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 175 cm	(203) Poids 77 kg	(204) Yeux couleur NARRON	(205) Cheveux couleur NOIR	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 124 Diastolique 73	(207) Pouls au repos Pulsations 66 Rythme ☐ 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, tympanes, 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

EP. Aeroclub 4. Gueye, Agronome, Pente plongée, tout pour d'être 17 ans.
maturité +++ . Celeb 29 ans. Tabac = 0 Alc = 0 UT = 0 sport = 3/4/seur.
2010 tatouage.

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

Œil droit sans correction		Corrigée à	10	
Œil gauche sans correction		Corrigée à	10	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	10	
(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 réali sé	Date	Nor mal
(238) ECG			05/06/2016 ☒
(239) Audiogramme			05/06/2016 ☒
(240) Examen Ophtalmologique			05/06/2016 ☒
(241) Examen ORL			05/06/2016 ☒
(242) Lipides sanguins			05/06/2016 ☒
(243) Fonctions respiratoires			
(320) Tonométrie G :			

Rx Pann = BAS **EEG = BAS**



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

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 Aeronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

(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 ☒ Non ☐	Oui ☒ 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 :**

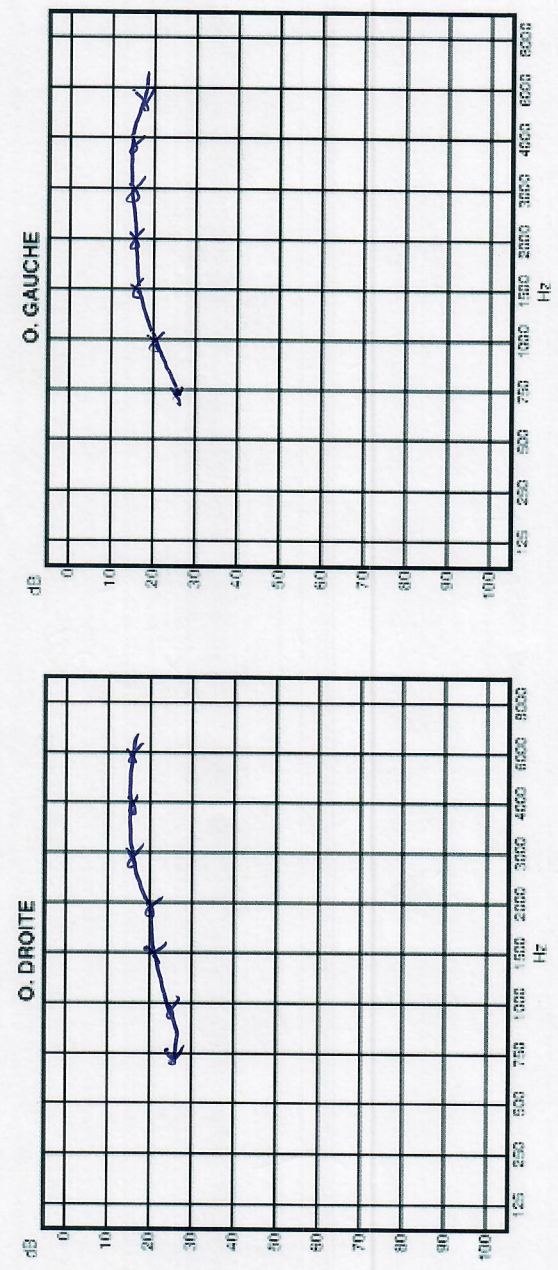
(249) **Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé**

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
	 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	 Médecin Aeronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773

Date : 64-67-88
Nom : AYAB
Prénom : ALLEY
Date de Naissance : 83-08-96

AUDIOGRAMME



 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 : **ALLEY AYAD**

Né(e) le : **03/08/1996** à DAKAR Age : **29 ANS**.....

Demeurant : **.....4 RUE MALENFANT**.....

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.

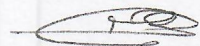
Date de l'examen : **04/02/26**

Limite de validité : **28/02/28** Durée de validité : **...2 ANS**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet


Dr Patrick CORREA
 Médecine 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.