

 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 : ELITE PILOTE
CLASSE : 2
NOM DE L'EMPLOYEUR : _____
ADRESSE : _____

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>ATTUE</u> Prénom : <u>SANIN</u> Nationalité : <u>SENEGALaise</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>11/03/1989</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>24/02/26 - DAKAR</u> Adresse : <u>Rue des Ambassadeurs</u> Téléphone : <u>77-5604044</u> email : <u>saninattue@gmail.com</u> Profession/activité : <u>INGENIEUR</u> Situation de famille : <u>MARIÉ</u>	Activité(s) pratiques ☒ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ Autres précisez : _____ Cadre d'activité : <u>(Aéroclub, Centre)</u> Aérodrome : <u>IBA GUEYE</u> Activités aériennes antérieures : <u>Pour l'instant</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 : ☐ 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 »

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
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 textes 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

24/02/26

[Signature]

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

(2015) Traumatisme osseux ⇒ RAS, notion infirmière.
 (2007) Appareille 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
1 sur 2

NOM : ATTYÉ Prénoms : SANIR Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 11/03/1983
Lieu de naissance : DAKAR-SENEGAL

(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille <u>185</u> cm	(203) Poids <u>86</u> kg	(204) Yeux couleur <u>Brun</u>	(205) Cheveux couleur <u>Blond</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <u>131</u> Diastolique <u>85</u>	(207) Pouls au repos Pulsations <u>65</u> 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, tympans, 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. Anoculus. Iba Gorge. Laisins. Ingerum Aere rive east.
monoculatus 36 ans. Anus 2 east. Tabou = 0 Ade = ecc^l III = 0. Spat = qu^m
(220) RAS

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/Contact

Œil droit sans correction	<u>10</u>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<u>10</u>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<u>10</u>	Corrigée à		
(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
<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	
Rapport annexés	Non réalisé	Date	Nor mal Anor mal
(238) ECG		<u>24-01-2016</u>	☒
(239) Audiogramme		<u>24-01-2016</u>	☒
(240) Examen Ophtalmologique		<u>24-01-2016</u>	☒
(241) Examen ORL		<u>24-01-2016</u>	☒
(242) Lipides sanguins		<u>24-01-2016</u>	☒
(243) Fonctions respiratoires			
(320) Tonométrie G :			

F E G - R A S

R x R u u u - R A



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

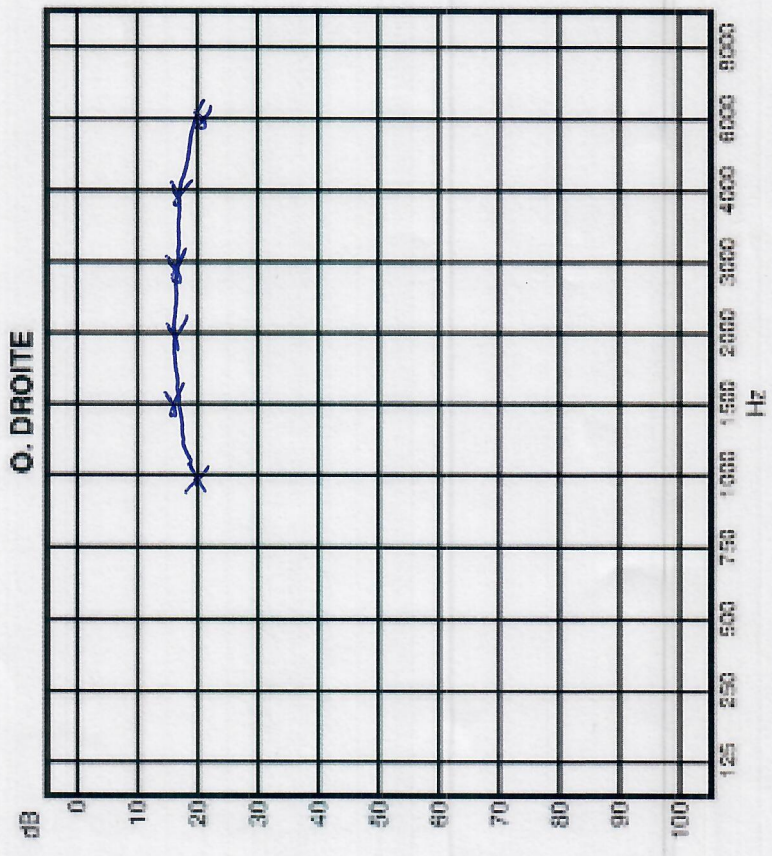
(231) de près		Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit					
Œil gauche					
Vison binoculaire					
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui ☐ Non ☒		Oui ☐ Non ☐			
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	
(313) Perception des couleurs Normale ☐ 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)					
		Oreille droite	Oreille gauche		
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur		Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐		
Audiométrie éventuelle					
Hz	500	1000	2000	3000	4000 6000
Oreille droite					
Oreille gauche					
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine			
VEMS/CV %		Peak Flow (l/min)		(g/dl)	
Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☒ Anormal ☐	
(248) commentaires, limitations :					
Apte classe 2 → 28-02-28					
(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	
07-03-2026		Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL		Dr Patrick CORREA Médecine Aeronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773	

AUDIOGRAMME

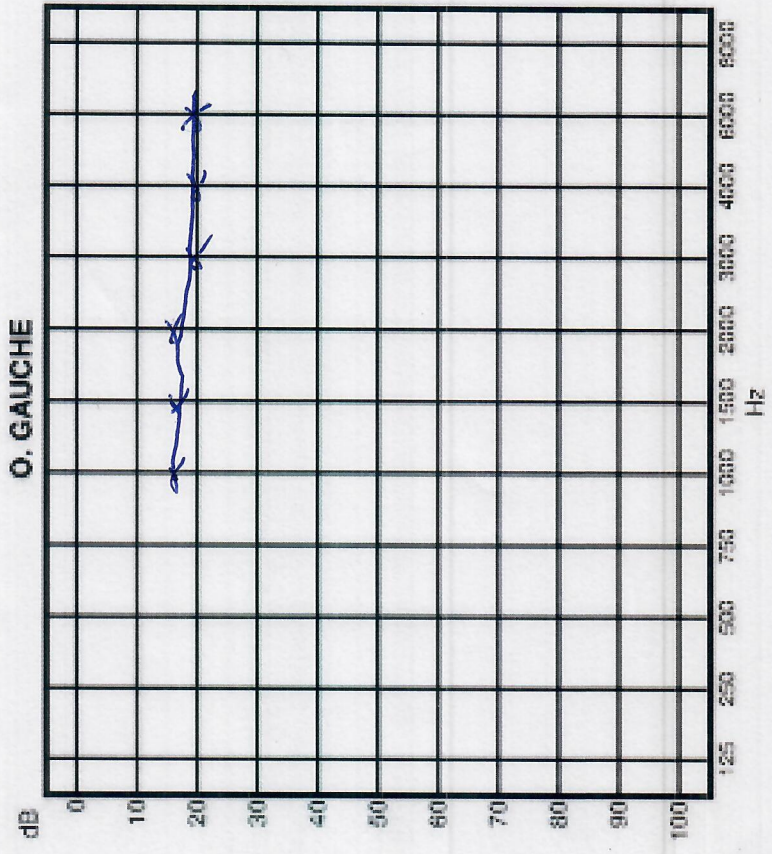
Date : 24/02/26
Nom : ATTUÉ
Prénom : SANIR
Date de Naissance : 11/03/1989

Dick CORREA
Service Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

O. DROITE



O. GAUCHE



 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 : **SAMIR ATTYE**

Né(e) le : **11/03/1989** à DAKAR Age : **36 ANS**

Demeurant : **73 AVENUE PEYTAVIN**

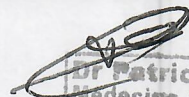
Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **24/02/26**

Limite de validité : **28/02/28** 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°3867 - 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.