

 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 : PNC
CLASSE : 2
NOM DE L'EMPLOYEUR :
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>Cissé</u> Prénom : <u>Fatima</u> Nationalité : Sexe : ☒ F ☐ M Né(e) le : <u>11/01/1995</u> à : <u>Abidjan, Côte d'Ivoire</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 05/03/2026</u> Adresse : <u>177 Route Est Almadier</u> Téléphone : <u>774029482</u> email : <u>fatimacisse@yahoo.fr</u> Profession/activité : <u>Commerciale</u> Situation de famille : <u>Mère 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 : 11/05/2023 Lieu : Dakar Nom du médecin : Niang El Hadji Malick

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

[Signature]

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

1 G. 1 P. Prescienne. = PAS.

Motif Spasmodique (De. gd saeu).

Neu = Drab. , Pneu = HTA.

 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 : <i>Cissé</i>		Prénoms : <i>Fatima</i>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <i>11 Janvier 1995</i>		Lieu de naissance : <i>Abidjan, Cocody</i>	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille <i>180</i> cm	(203) Poids <i>93</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Noir</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique <i>119</i>	Diastolique <i>71</i>	Pulsations <i>71</i> ☐ irrégulier ☒ régulier

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
Candidate recrutément Transair. PNE. milieu Aero (PNE, bureau Pilotes) 3 ans de l'air. Tabac - 0, 5/8. Alc - 0 Sport, marche. Tm = 0

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

(235) Analyse d'urine Normale ☐ anormale ☒

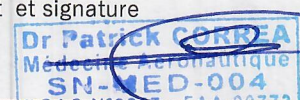
(229) (de loin à 5m/6m en dixième

Lunettes/Contact

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

(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit	<i>1</i>			
Œil gauche	<i>1</i>			
Vision binoculaire	<i>1</i>			

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			<i>05-07-2016</i>	<i>1</i>	
(239) Audiogramme			<i>05-07-2016</i>	<i>1</i>	
(240) Examen Ophtalmologique					
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins					
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G :					

 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 ?)		☐	☐	☐	
Œil droit						(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude					
Œil gauche						Avis :		Nom :			
Vision binoculaire											
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact									
Oui ☒ Non ☐		Oui ☐ Non ☐		Type :							
réfraction		Sph		Cylindre		Axe		Ajouter			
(2313) Perception des couleurs		Normale ☐		Anormale ☐		(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé					
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA				(247) APTE pour la classe :					
Nombre de tables présentées		Nombre d'erreurs				(247) INAPTE pour la classe :					
(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)						(247) Remis pour une évaluation complémentaire					
(si 239/241 non réalisé)		Oreille droite		Oreille gauche		dans l'affirmative, indiquer :					
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur		Oui ☒ Non ☐		Oui ☒ Non ☐		Le destinataire :					
Audiométrie éventuelle						Le motif :					
Hz		500		1000		2000		3000		4000	
Oreille droite											
Oreille gauche											
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine				Renvoi/Concertation					
VEMS/CV %		Peak Flow (l/min)		(g/dl)		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.					
Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☐ Anormal ☐		Décision n° Du					
						Libellé :					
						Champ d'application du certificat		Classe 1		Classe 2	
								☐		☒	
										☐	
(248) commentaires, limitations :						(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé					
Part Cancelle opt for						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							
05-03-2026		Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL									

AUDIOGRAMME

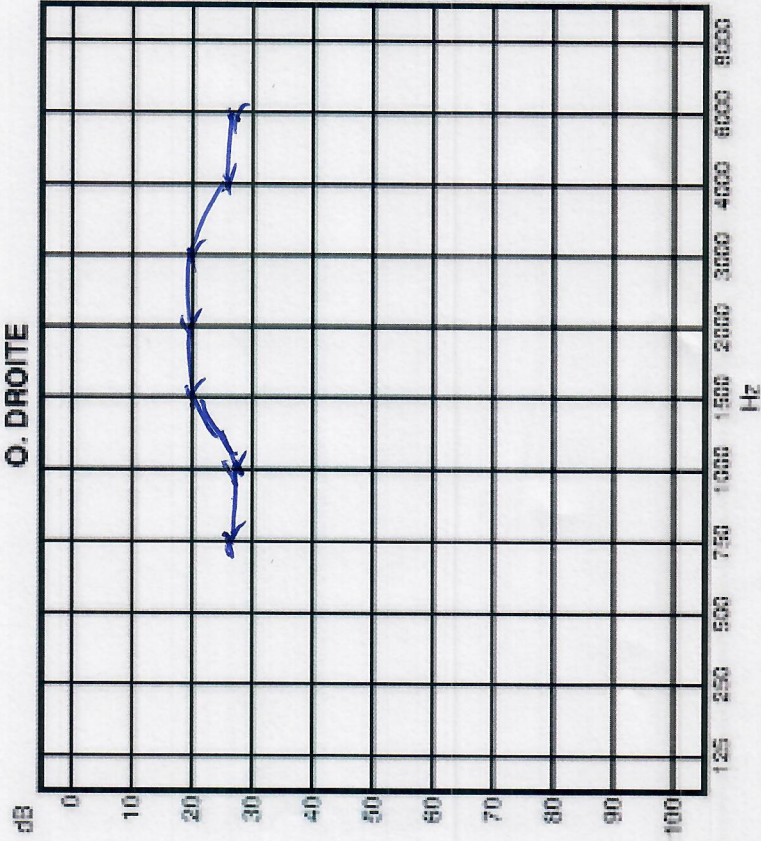
Date : 05 Mars 2026

Nom : Cissé

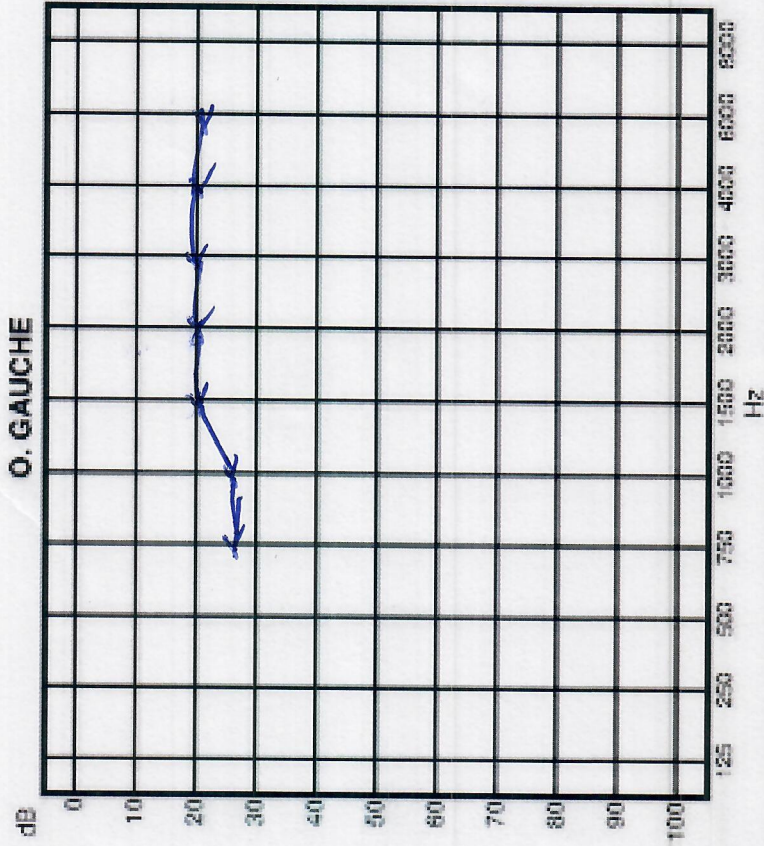
Prénom : Fatima

Date de Naissance : 11/01/1995

O. DROITE



O. GAUCHE



Dr Patrick CORREA
Médecin Aéro-nautique
SN 100 D-004
DGAC N° 13 CAA-00773

 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 : **FATIMA CISSE**

Né(e) le : **11/01/1995** à ABIDJAN Age : **31 ANS**

Demeurant : **177 ROUTE EST ALMADIES**

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 : **05/03/26**

Limite de validité : **31/03/28** 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.