



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 : NAVIGANT TECHNIQUE

CLASSE : 1

NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL

ADRESSE : 2eme Rue Koy Fehd, Dakar

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>FALL</u> Prénom : <u>PAPA ABDOLAYE</u> Nationalité : <u>SENEGALISE</u> Né(e) le : <u>29/08/1971</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>19/09/2025 à DAKAR</u> Adresse : <u>Yoff Tanger, Rue 354</u> Téléphone : <u>775487090</u> email : <u>pabdoulaye.fall@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Pilote Avion</u> Situation de famille : <u>None</u>	Activité(s) pratiques	
	<input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)	<input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Ballon Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <u>8000</u>

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

Si OUI : Date : 11/03/2025 Lieu : ATIS/DAKAR Nom du médecin : Dr CORREA

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

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14 Troubles du sommeil	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Êtes-vous un consommateur de tabac ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Consommez-vous de l'alcool ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour les candidates :		
24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Autres	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date et signature du personnel aéronautique

le 19/09/2025

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>FAUL</b>		Prénoms : <b>PAPA ABDOLAYE</b>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <b>29/08/1971</b>						
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial		(202) Taille <b>184</b> cm	(203) Poids <b>80</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Clair</b>	(205) Cheveux couleur <b>Blanc</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos		
						Systolique <b>139</b>	Diastolique <b>96</b>	Pulsations <b>70</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>1</b>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate			<b>1</b>	
(209) Cavité bucale, gorge, dents				<b>1</b>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)				
(210) Nez, sinus				<b>1</b>		(220) système génito-urinaire			<b>1</b>	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique				<b>1</b>		(221) Système endocrinien, thyroïde			<b>1</b>	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels				<b>1</b>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations			<b>1</b>	
(213) Yeux - pupilles				<b>1</b>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique			<b>1</b>	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus				<b>1</b>		(224) Examen neurologique- réflexes etc			<b>1</b>	
(215) Poumons, thorax, seins				<b>1</b>		(225) Psychiatrie			<b>1</b>	
(216) Cœur				<b>1</b>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique			<b>1</b>	
(217) Système vasculaire				<b>1</b>		(227) Etat général			<b>1</b>	
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire <b>CDS A330. Chef Pilote Directeur OPS Air Seegel SA. 5 hours</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

Œil droit sans correction		Corrigée à	<b>16</b>	
Œil gauche sans correction		Corrigée à	<b>16</b>	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	<b>10</b>	

(230) Vision intermédiaire

Sans correction  
Avec correction

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			<b>1</b>	
Œil gauche			<b>1</b>	
Vision binoculaire			<b>1</b>	

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

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
<b>(238) ECG</b>	<b>19-05-25</b>	<b>1</b>		

(239) Audiogramme			

(240) Examen Ophthalmologique			

(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
N5 lu à 30 - 50cm		Oui	Non
Œil droit			1
Œil gauche			2
Vison binoculaire			
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact	
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
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 0

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 239/241 non réalisé)

Oreille droite	Oreille gauche
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Test de voix de conversation perçue à 2m Oui  Non

le dos tourné vers l'examinateur 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)	109 (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
		CHe = 0,85

(248) commentaires, limitations :

*Apté clanc 1 → 31-03-2026*

(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

*19-09-2025*

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

Cachet

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

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-03-A</b>	
	<b>CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE</b>	Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

<b>CATEGORIES</b>		
<b>CLASSE 1</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>CLASSE 2</b> <input type="checkbox"/>	<b>CLASSE 3</b> <input type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **PAPA ABDOU LAYE FALL**

Né(e) le : **29/08/1971** à DAKAR Age : **54 ANS**

Demeurant : .....YOFF TONGHOR.....

**REPOND**..... (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

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.

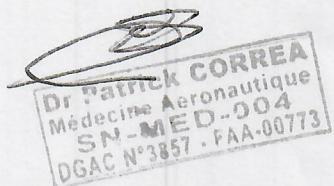
Date de l'examen : **19/09/25**

Limite de validité : **31/03/26** Durée de validité : **6 MOIS**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

### **PORT DE VERRES OBLIGATOIRE**

**Signature et cachet**



*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.*