

|                                                                                                                                                          |                                                         |                      |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------|
|  <p>Agence Nationale de l'Aviation<br/>Civile et de la Météorologie</p> | FORMULAIRE                                              | SN-SEC-MED-FORM-01-A |                                    |
|                                                                                                                                                          | EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL<br>DE L'AERONAUTIQUE CIVILE |                      | Date d'application :<br>10/09/2018 |

TYPE DE PERSONNEL : PILOTE AVION  
 CLASSE : 1  
 NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL  
 ADRESSE : ALMAATIN, DAKAR

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom : <u>FALL</u><br>Prénom : <u>PAPA ABDOULAYE TI</u><br>Nationalité : <u>SENEGALISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M<br>Né(e) le : <u>23/03/1971</u> à : <u>DAKAR</u><br>Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS, le 24/03/2026</u><br>Adresse : <u>Av. du 354, YOFF TONKOR BP 2301 DAKAR</u><br>Téléphone : <u>775487030</u> email : <u>p.abdoulaye.fall@gmail.com</u><br>Profession/activité : <u>PILOTE AVION</u><br>Situation de famille : <u>MARIÉ</u> | <b>Activité(s) pratiques</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur<br><input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon<br><input type="checkbox"/> Autres précisez :<br>Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)<br>Aérodrome :<br>Activités aériennes antérieures :<br>Heures de vol : |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? ☒ OUI ☐ NON  
 Si OUI : Date : 19/09/2025 Lieu : Nom du médecin : DR PATRICK CORREY

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

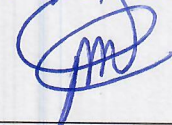
| Répondez aux questions suivantes :                                           | OUI                                 | NON                                 |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|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

le 24/03/2026



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

|                                                                                                                                                        |                                 |  |                                 |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------|--------------|
| <br><b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b> | <b>FORMULAIRE</b>               |  | <b>SN-SEC-MED-FORM-02-A</b>     |              |
|                                                                                                                                                        | <b>RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL</b> |  | Date d'application : 10/06/2017 | Page 1 sur 2 |

|                                                                                                                                                                                                        |                        |                              |                            |                                             |                                                                               |                           |                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| NOM : FALL                                                                                                                                                                                             |                        | Prénoms : PAPA ABDOU LAYE H. |                            | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 29/08/1971 |                                                                               | Lieu de naissance : DAKAR |                                                                                   |
| (201) Catégorie d'examen<br><input type="checkbox"/> Initial<br><input checked="" type="checkbox"/> Prorogation<br><input type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br>182 cm | (203) Poids<br>80 kg         | (204) Yeux couleur<br>Bleu | (205) Cheveux couleur<br>Noir               | (206) Tension artérielle (assis)<br>mmHg<br>Systolique : 122 Diastolique : 99 |                           | (207) Pouls au repos<br>66<br>Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier |

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.

CD3 AS30 An Serruier SA. Chef APS - chef PABE 5 ans. Autre h. e. f. b. - Tobac = 0 Ale = 0 Sport = acc. - TT = 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           | 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          |                 |     | 1               |     |
| Œil gauche         |                 |     | 1               |     |
| Vision binoculaire |                 |     | 1               |     |

|         |           |      |        |
|---------|-----------|------|--------|
| Glucose | Protéines | Sang | Autres |
|---------|-----------|------|--------|

|                               |             |            |        |         |
|-------------------------------|-------------|------------|--------|---------|
| Rapport annexés               | Non réalisé | Date       | Normal | Anormal |
| (238) ECG                     |             | 24/08/2017 | 1      |         |
| (239) Audiogramme             |             |            |        |         |
| (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              |         |
| N5 lu à 30 – 50cm                       | Oui                          | Non                          | Oui                          | Non     |
| Œil droit                               |                              |                              | 1                            |         |
| Œil gauche                              |                              |                              | 2                            |         |
| Vision binoculaire                      |                              |                              | 2.                           |         |
| (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 ISHIIHARA     |
| Nombre de tables présentées 20 | Nombre d'erreurs 0 |

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis  
(si 239/241 non réalisé

|                                                                            |                                                                                           |                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Test de voix de conversation perçue à 2m<br>le dos tourné vers l'examineur | Oreille droite<br>Oui <input checked="" type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/> | Oreille gauche<br>Oui <input checked="" type="checkbox"/><br>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)                                               | 155 (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 :

Paul Cécile Jigou.

Apte classe 1 → 3009-206

(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

24-07-2026

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA  
3, Av. des Ambassades  
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA  
Médecine Aeronautique  
SN-MED-004  
DGAC N°3857 - FAA-00773

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

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du  
médecin agréé

☒ APTE pour la classe :

☐ INAPTE pour la classe :

☐ Remis pour une évaluation complémentaire  
dans l'affirmative, indiquer :

Le destinataire :

Le motif :

Renvoi/Concertation

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.

Décision n° ..... Du  
.....

Libellé :

|                                         |                                                 |                                      |                                      |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Champ<br>d'application<br>du certificat | Classe 1<br><input checked="" type="checkbox"/> | Classe 2<br><input type="checkbox"/> | Classe 3<br><input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

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

| CATEGORIES                                          |                                          |                                          |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| <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 ABDOULAYE 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 privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **24/03/2026**

Limite de validité : **30/09/2026** Durée de validité : **6 MOIS.....**

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 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 sus-mentionnée.*