

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

**TYPE DE PERSONNEL :** Navigation Technique  
**CLASSE :** 1  
**NOM DE L'EMPLOYEUR :** Air Senegal SA  
**ADRESSE :** .....

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom : <u>BA</u><br>Prénom : <u>Ousmane</u><br>Nationalité : ..... Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M<br>Né(e) le : <u>09/12/1968</u> à : <u>Dakar</u><br>Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 24-03-2026</u><br>Adresse : <u>98 Scat Urban Tanistes</u><br>Téléphone : <u>75207146</u> email : <u>ousmane@gmail.com</u><br>Profession/activité : <u>Pilote de ligne</u><br>Situation de famille : <u>Célibataire</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 : 10/09/2025 Lieu : .....

Nom du médecin : D<sup>r</sup> CORREA

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 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3  | Taux de cholestérol élevé                    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4  | Maladie respiratoire                         |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5  | Maladies de l'estomac                        |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6  | Maladies du foie                             |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7  | Diabète                                      |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8  | Maladies rénales                             |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9  | Maladies articulaires et du dos              |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10 | Maladie thyroïdienne                         |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11 | Tumeur ou maladie cancéreuse                 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12 | Œil : choc, maladies, troubles visuels       |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13 | Vertiges, pertes de connaissance             |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 14 | Migraines                                    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |

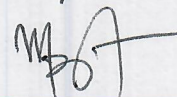
| Répondez aux questions suivantes : |                                                                           | OUI                                 | NON                                 |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 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 ?                    |                                     |                                     |
| 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.

Toute 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

24/03/2026



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



|                                                                                                                                                                                                        |                           |                           |                                |                                            |                                              |                           |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------|----------------------|
| NOM : BA                                                                                                                                                                                               |                           | Prénoms : Ousmane         |                                | Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 09/12/1968 |                                              | 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><br>65 cm | (203) Poids<br><br>180 kg | (204) Yeux couleur<br><br>Noir | (205) Cheveux couleur<br><br>Noir          | (206) Tension artérielle (assis)<br><br>mmHg |                           | (207) Pouls au repos |
|                                                                                                                                                                                                        |                           |                           |                                |                                            | Systolique<br>122                            | Diastolique<br>85         |                      |

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

(235)Analyse d'urine Normale ☒ anormale

| Glucose                          | Protéines          | Sang             | Autres     |             |
|----------------------------------|--------------------|------------------|------------|-------------|
|                                  |                    |                  |            |             |
| Rapport annexés                  | Non<br>réali<br>sé | Date             | Nor<br>mal | Anor<br>mal |
| (238) ECG                        |                    | 24.07<br>2016 d. |            |             |
| (239) Audiogramme                |                    |                  |            |             |
| (240) Examen<br>Ophtalmologique  |                    |                  |            |             |
| (241) Examen ORL                 |                    |                  |            |             |
| (242) Lipides sanguins           |                    |                  |            |             |
| (243) Fonctions<br>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                               |                              |                              |                              |         |
| Œil gauche                              |                              |                              |                              |         |
| Vision 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 ISHIIHARA  
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                          |
| Oui <input checked="" type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Non <input type="checkbox"/>            | 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)                                               | (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

(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

|                        |                          |  |                          |                          |
|------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| D : mmHg               |                          |  |                          |                          |
| (244) Divers (Sujet ?) | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

|        |       |
|--------|-------|
| Avis : | Nom : |
|        |       |

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

Paul Correia

(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

26-03-2026

Dr. Paul CORREA  
3, Av. des Ambassades  
DAKAR SENEGAL

Dr. Paul CORREA  
Médecin Aeronautique  
SN-MED-0022  
DGAC N°3857 - FAA-00773



# AUDIOGRAMME

Date : 24/03/2026

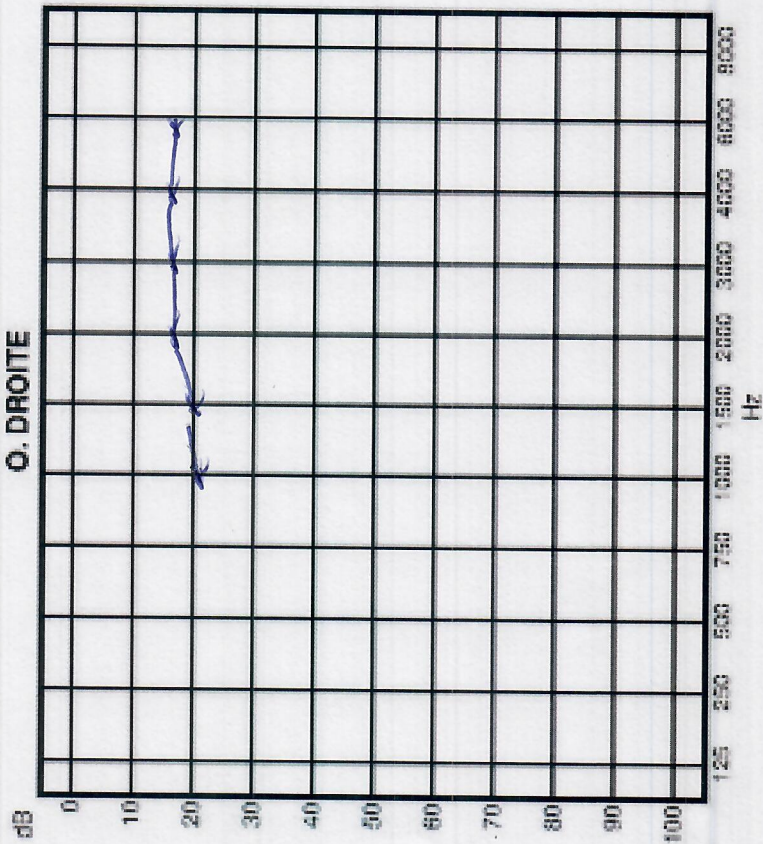
Nom : BA

Prénom : Ousmane

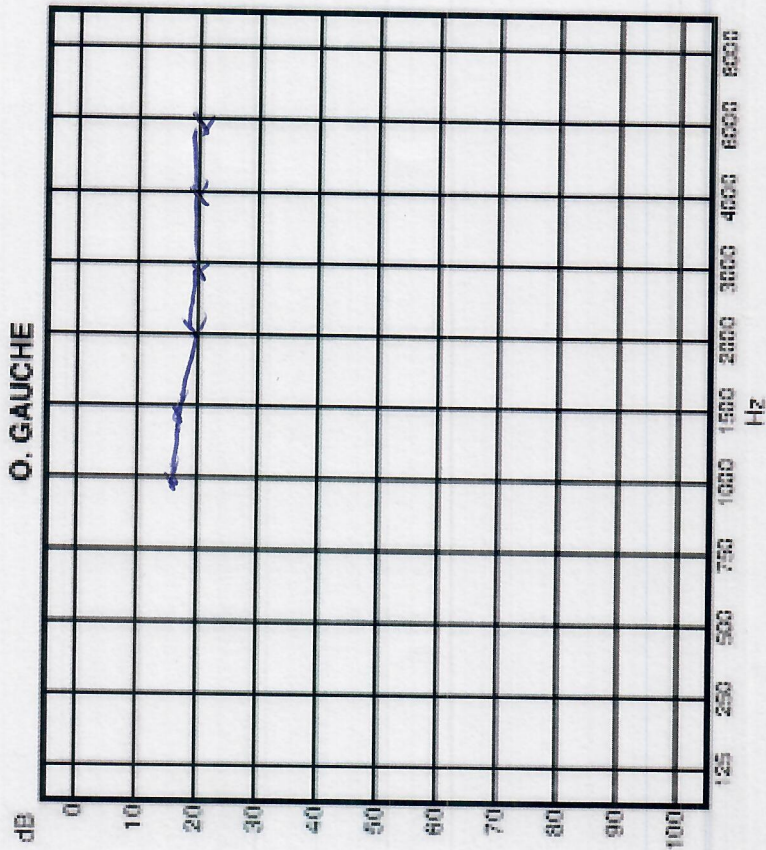
Date de Naissance : 09/12/1968

Dr Patrick CORREA  
Médecine Aeronautique  
SN-M-0004  
DGAC 0382-177AA-00773

O. DROITE



O. GAUCHE





|                                                                                                                                                             |                                                      |  |                                    |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--|------------------------------------|-----------------|
| <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                                   |                                   |                                   |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| CLASSE 1 <input checked="" type="checkbox"/> | CLASSE 2 <input type="checkbox"/> | CLASSE 3 <input type="checkbox"/> |

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **.....OUSMANE BA.....**

Né(e) le : **09/12/1968** à DAKAR Age : **...57 ANS.....**

Demeurant : **.....SCAT URBAM MARISTE.....**

**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

  
**Patrick CORREA**  
 Médecin Aeronautique  
 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.*