

 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 : CONTROLEUR AERMIEN
 CLASSE : 3
 NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
 ADRESSE : ZAC MBAD n°40

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>SALL</u> Prénom : <u>MABOR</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>02/09/1981</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 10/09/2018</u> Adresse : <u>ZAC MBAD</u> Téléphone : <u>77-371 47 32</u> email : Profession/activité : <u>CONTROLEUR AERMIEN</u> Situation de famille : <u>MARIE</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 : 04/06/2018 Lieu : V. S. MENON Nom du médecin : DR NIANG

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	☒	☐
2	☒	☐
3	☒	☐
4	☒	☐
5	☒	☐
6	☒	☐
7	☒	☐
8	☒	☐
9	☒	☐
10	☒	☐
11	☒	☐
12	☒	☐
13	☒	☐

	OUI	NON
14	☐	☒
15	☐	☒
16	☐	☒
17	☐	☒
18	☐	☒
19	☒	☐
20	☐	☒
21	☐	☒
22	☒	☐
23	☐	☒
24	☐	☒
25	☐	☒

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

04/02/2026



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

HTA Suivie PAR

 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 : SAU		Prénoms : MATHON		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 02/09/1981		Lieu de naissance : DAKAR	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille : 186 cm	(203) Poids : 92 kg	(204) Yeux couleur : Noir	(205) Cheveux couleur : Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique : 140	Diastolique : 87	Pulsations : 47 ☐ 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

Centraleur Acouïen - 44 cm - 1 ane 5 scalp.

HTA Suvu RDS.

Talacuo
Aci=0
Spout=0k.
Tut = coisid 5mg
receptif

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	10	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	
(230) Vision intermédiaire		Sans correction Avec correction	
N14 lu à 100cm		Oui Non	Oui Non
Œil droit	10		
Œil gauche	10.		
Vison binoculaire	10		

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal Anormal
(238) ECG			04-02-2016	☒
(239) Audiogramme			04-02-2016	☒
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins			04-02-2016	☒
(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		1			
Vison binoculaire		1			
(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 69		Nombre d'erreurs 0			
(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 %		Peack Flow (l/min)		14 (g/dl)	
Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☒ Anormal ☐	
(248) commentaires, limitations : (242) LDL A. Anormale. Apté Jan 3 → 28-09-2027					
(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 04-07-2026		Nom et adresse du médecin agréé Av des Ambassadeurs Tél 33 824 26 71		Cachet et signature Dr Patrick CORREA Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773	

AUDIOGRAMME

Date : 04-02-2008
 Nom : S. All
 Prénom : Madelon
 Date de Naissance :

