

 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
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : DAKAR

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>MBOW</u> Prénom : <u>ALIOUNE</u> Nationalité : <u>SENEGALaise</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>27/03/1974</u> à : <u>ABIDJAN</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 18-02-2025</u> Adresse : <u>825 Akafat 2 Rufisque</u> Téléphone : <u>77-654 94 62</u> email : Profession/activité : <u>CONTROLEUR AERIEN</u> Situation de famille :	Activité(s) pratiques ☐ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol :
--	---

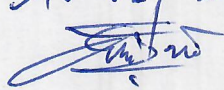
Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? ☒ OUI ☐ NON
 Si OUI : Date : 01/03/2025 Lieu : Nom du médecin : Dr NIANG
 Vous avez été déclaré : ☒ Apte ☐ Inapte

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

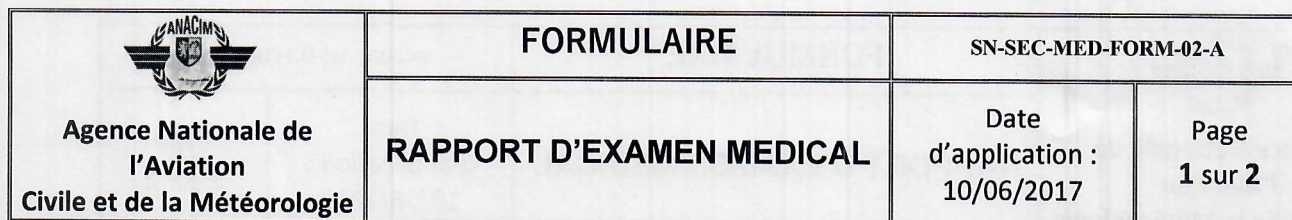
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »			Répondez aux questions suivantes :		
	OUI	NON		OUI	NON
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :			14	Troubles du sommeil	
1	Troubles cardiaques, hypertension artérielle	☒	15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	☒
2	Taux de cholestérol élevé	☒	16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?	☒
3	Maladie respiratoire	☒	17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	☒
4	Maladies de l'estomac	☒	18	Etes-vous un consommateur de tabac ?	☒
5	Maladies du foie	☒	19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	☒
6	Diabète	☒	20	Faites-vous usage de drogues illicites ?	☒
7	Maladies rénales	☒	21	Consommez-vous de l'alcool ?	☒
8	Maladies articulaires et du dos	☒	22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	☒
9	Maladie thyroïdienne	☒	23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	☒
10	Tumeur ou maladie cancéreuse	☒	Pour les candidates :		
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels	☒	24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	
12	Vertiges, pertes de connaissance	☒	25	Autres	
13	Migraines	☒			

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 tests 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

18-02-2025


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



Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 27/03/1974

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 175 cm	(203) Poids 65 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 102	Diastolique 68	Pulsations 68	Rythme ☐ 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. Reprenez le numéro de l'item avant chaque commentaire

Centaurion Acrien 51 ans Celib. 0 enf. : Tabac = 0
Alc = 0
TTC = 0
 Surtout pour alcool. T_{hyp}, bilan. 2005 = RAS. Plants = 0. L'armement = 0. Surtout = 0.

(235) Analyse d'urine Normale ☒ anormale

Lunettes/Contact
t

Œil droit sans correction		Corrigée à	10	
Œil gauche sans correction		Corrigée à	14	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	16	

(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit			☒	
Œil gauche			☒	
Vision binoculaire			☒	

Glucose	Protéines	Sang	Autres
			

Rapport annexés	Non réali sé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG		18.07 2020	X	
(239) Audiogramme		18.07 2020	X	
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins		18.07 2020	X	
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				

RD Pinner & Pto



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 ☒	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	Nombre d'erreurs

(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)	(g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐

(248) **commentaires, limitations :**

(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

Nom et adresse du médecin agréé

Cachet et signature

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 Médecin Aéronautique 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 d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3
	☐	☐	☐

23-02-2026

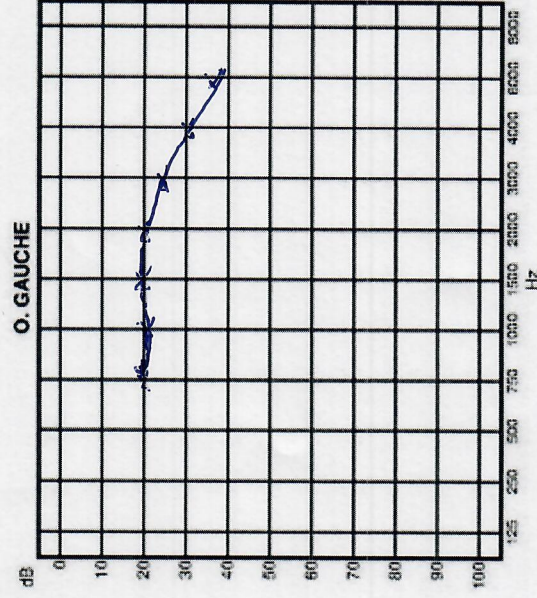
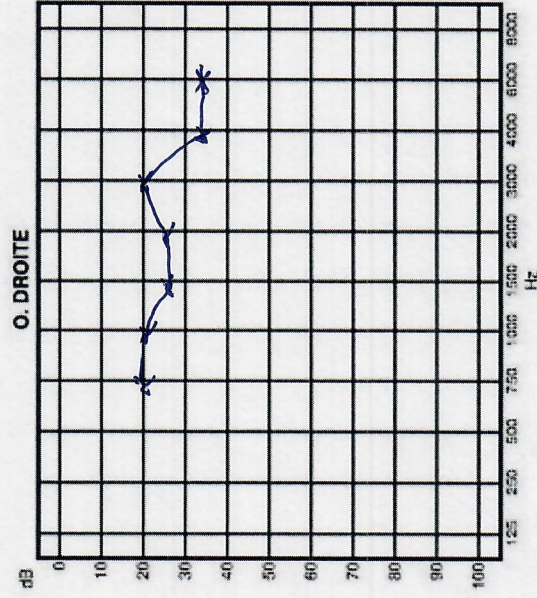
Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

Date: 18-02-2025
Nom: MBOW
Prénom: ALIOUNE
Date de Naissance: 27-03-1994

AUDIOGRAMME

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassadeurs
DAKAR SENEGAL



 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 : **...ALIOUNE MBOW...**

Né(e) le : **27/03/1974** à **ABIDJAN** Age : **51 ANS**

Demeurant : **...825 ARAFAT 2 RUFISQUE...**

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 : **18/02/26**

Limite de validité : **30/09/26** Durée de validité : **...6 MOIS...**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet

(Signature)
Dr Patrick CORREA
 Médecin 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.