

 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 : PNT
CLASSE : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL
ADRESSE : Almadies Dakar

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>RACINE</u> Prénom : <u>Mayoro</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>01/07/1968</u> à : <u>Diourbel</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>Dakar le 22/01/2026</u> Adresse : <u>Almadies Zone 9 Dakar</u> Téléphone : <u>77-263 10 02</u> email : <u>R.MAYORO@YAHOO.FR</u> Profession/activité : <u>Pilote de ligne</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 : <u>7900</u>
---	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? ☐ OUI ☐ NON
 Si OUI : Date : 19/05/2025 Lieu : Dakar Nom du médecin : D^r KADOUK
 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		☒
3 Taux de cholestérol élevé		☒
4 Maladie respiratoire		☒
5 Maladies de l'estomac		☒
6 Maladies du foie		☒
7 Diabète		☒
8 Maladies rénales		☒
9 Maladies articulaires et du dos		☒
10 Maladie thyroïdienne		☒
11 Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
12 Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
13 Vertiges, pertes de connaissance		☒
14 Migraines		☒

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		☒
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		☒
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		☒
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		☒
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		☒
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		☒
21	Consommez-vous de l'alcool ?		☒
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	☒	
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 testes 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

22/01/2026



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

22 : Portale Vannes Correcteur Vannes de pré

 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 : <i>RACINE</i>		Prénoms : <i>Mayoro</i>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <i>01/07/1968</i>		Lieu de naissance : <i>Sicourbel</i>	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille cm	(203) Poids kg	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
	<i>185</i>	<i>75</i>	<i>Normale</i>	<i>Noir</i>	Systolique : <i>152</i> Diastolique : <i>91</i>	Pulsations : <i>84</i>	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. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

Pilote Professionnel, 57 ans, Air Secourbel SA, marié, 1 enfant, alcoolique, tabac, 20 cigarettes par jour, 100g de sucre par jour, 100g de sucre par jour.

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	<i>10</i>
Œil gauche sans correction		Corrigée à	<i>10</i>
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	<i>10</i>

(230) Vision intermédiaire

Sans correction Avec correction

N14 lu à 100cm

	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			<i>X</i>	
Œil gauche			<i>X</i>	
Vision binoculaire			<i>X</i>	

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

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
-----------------	-------------	------	--------	---------

(238) ECG	<i>02/07/10</i>			
(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				
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 20	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

Gly = 0,78

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐
		12,3

(248) Commentaires, limitations :

Port Contact et Fm

Apte classe 1 -> 30-07-2026

(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

26-01-2025

Nom et adresse du médecin agréé
Assistance Médicale
Av des Ambassadeurs
Tel 33 824 26 71

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
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 :
Apte	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

☒ APTÉ 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 ☐
---	---	--------------------------------------	--------------------------------------