 <p>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</p>	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** : PNC  
**CLASSE** : 2  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : TRANS AIR  
**ADRESSE** :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>DIOLF</u> Prénom : <u>MARIAMA</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>16/12/1994</u> à : <u>KEUMBEUL</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>04/07/2025 AMS</u> Adresse : <u>OUESTFOIRE</u> Téléphone : <u>777090817</u> Email : <u>yamathioro@gmail.com</u> Profession/activité : Situation de famille : <u>CELIBATAIRE</u>	<b>Activité(s) pratiques</b> <input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> 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 ? <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI : Date : <u>16/08/2023</u> Lieu : <u>DAKAR</u> Nom du médecin : <u>EL Hadji Maliek NIANC</u> Vous avez été déclaré : <input checked="" type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> 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) ? <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON																																																																																								
<b>Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2 Troubles cardiaques, hypertension artérielle</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3 Taux de cholestérol élevé</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4 Maladie respiratoire</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5 Maladies de l'estomac</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6 Maladies du foie</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7 Diabète</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8 Maladies rénales</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9 Maladies articulaires et du dos</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>10 Maladie thyroïdienne</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>11 Tumeur ou maladie cancéreuse</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>12 Œil : choc, maladies, troubles visuels</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>13 Vertiges, pertes de connaissance</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>14 Migraines</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		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"/>	<b>Répondez aux questions suivantes :</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>14 Troubles du sommeil</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>18 Etes-vous un consommateur de tabac ?</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>20 Faites-vous usage de drogues illicites ?</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>21 Consommez-vous de l'alcool ?</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="3">Pour les candidates :</td></tr> <tr><td>24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>25 Autres</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		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 ?		<input checked="" type="checkbox"/>	25 Autres		
	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"/>																																																																																						
	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 ?		<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
25 Autres																																																																																								
<b>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.</b> <b>Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile</b>																																																																																								


Date et signature du personnel aéronautique

04-07-2025



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



 <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 : <b>DIOLF</b>	Prénoms : <b>MARIAMA</b>	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <b>16/12/1994</b> Lieu de naissance : <b>Yeuumboul</b>				
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille cm <b>177</b>	(203) Poids kg <b>85</b>	(204) Yeux couleur <b>Jaune</b>	(205) Cheveux couleur <b>Nbr</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : <b>127</b> Diastolique : <b>88</b>	(207) Pouls au repos Pulsations : <b>84</b> Rythme : <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
**PNC Tra-sair, 29 ans, célib, 83, 150kg, 150cm, 150cm, 150cm**

**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	<b>10</b>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<b>10</b>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<b>10</b>	Corrigée à		
(230) Vision intermédiaire		Sans correction      Avec correction Oui   Non      Oui   Non		
N14 lu à 100cm				
Œil droit	<b>10</b>			
Œil gauche	<b>10</b>			
Vision binoculaire	<b>10</b>			

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			<b>06/09/25</b>	<b>X</b>	
(239) Audiogramme			<b>06/09/25</b>	<b>X</b>	
(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		<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>			
Vison binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>			
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>			
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	
(313) Perception des couleurs					
Normale <input checked="" type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>					
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 <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Audiométrie éventuelle					
Hz	500	1000	2000	3000	4000 6000
Oreille droite					
Oreille gauche					
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine			
Chy 9,89					
VEMS/CV %		Peak Flow (l/min)		(g/dl)	
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	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	

Nom : **DIOLF**

Prénom : **MARIAMA**

Date de Naissance : **16/12/1994**

Lieu de Naissance : **YEUMBEUL**

Numéro Tél. : **777090817**

Poids : **85 kg**

Taille : **1.77**

T.A. : **127/88**

Pouls : **84**

Urines : **0 Gly 0.89 Hg 10.5**



Sams c . . . Celib SE  
OD 1 10  
OD 1 10  
ay 1 10  
ish: 90  
chp: OK  
nt? OK

~~Cyph Regard~~  
~~Regard~~  
~~Forward~~