



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 : Pilote

CLASSE : 1

NOM DE L'EMPLOYEUR : Air de négis SA

ADRESSE : Pita Asecna Bnckm n° 254

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

<p>Nom : <u>DER.</u> Prénom : <u>GORA</u> Nationalité : <u>Sénégalais</u> Né(e) le : <u>27/10/62</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>25/03/2025</u> Adresse : <u>Pita Asecna Bnckm n° 254</u> Téléphone : <u>77 6341985</u> email : <u>rievader@gmail.com</u>. Profession/activité : <u>Pilote de ligne.</u> Situation de famille : <u>marie</u></p>	<p>Activité(s) pratiques</p> <p><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 :</p>
--	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ?

Si OUI : Date : 25/03/2025 Lieu : Jakar Nom du médecin : Dr Patrick CORREA.

Vous avez été déclaré : Apté Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proches de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? OUI NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		OUI	NON
1	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>
2	Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>
3	Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>
4	Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>
5	Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>
6	Diabète	<input checked="" type="checkbox"/>	
7	Maladies rénales	<input checked="" type="checkbox"/>	
8	Maladies articulaires et du dos	<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Maladie thyroïdienne	<input checked="" type="checkbox"/>	
10	Tumeur ou maladie cancéreuse	<input checked="" type="checkbox"/>	
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	
12	Vertiges, pertes de connaissance	<input checked="" type="checkbox"/>	
13	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 ?		<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		<input checked="" type="checkbox"/>
25	Autres		<input checked="" type="checkbox"/>

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.

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

25.09.2025

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



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
1 sur 2

NOM : JER.		Prénoms : Sor.		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 27.10.1962		Lieu de naissance : St. Louis			
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 165 cm	(203) Poids 77. kg	(204) Yeux couleur Nain	(205) Cheveux couleur Nain	(206) Tension artérielle (assis) mmHg 137 Systolique 105. Diastolique		(207) Pouls au repos Pulsations 77 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			1		(218) Abdomen, hernie, foie, rate			1	
(209) Cavité bucale, gorge, dents			1		(219) Anus, rectum (si nécessaire)				
(210) Nez, sinus			1		(220) système génito-urinaire			2	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique			1		(221) Système endocrinien, thyroïde			1	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels			1		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations			1	
(213) Yeux - pupilles			1		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique			1	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus			1		(224) Examen neurologique- réflexes etc			1	
(215) Poumons, thorax, seins			1		(225) Psychiatrie			1	
(216) Cœur			1		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique			1	
(217) Système vasculaire			1		(227) Etat général			1	
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire									

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/Contac
t

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	-	

Rapport annexés Non réalisé Date Normal Anormal

Œil droit sans correction		Corrigée à	9	
Œil gauche sans correction		Corrigée à	9	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	3	

(238) ECG **25-05-2015** **1**

(239) Audiogramme

(240) Examen Ophtalmologique

(241) Examen ORL

(242) Lipides sanguins

(243) Fonctions respiratoires

(320) Tonométrie G :

N14 lu à 100cm

Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche			1	
Vision binoculaire			1	



Agence Nationale de
l'Aviation
Civile et de la Météorologie

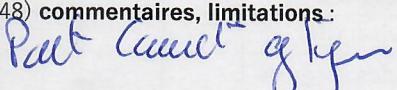
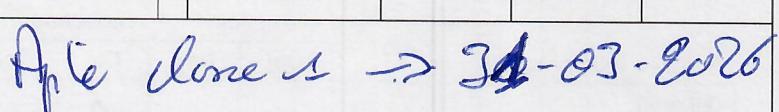
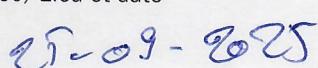
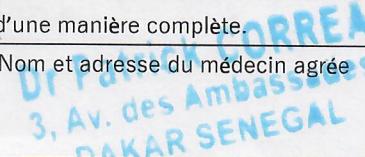
FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
2 sur 2

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie		RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL				SN-SEC-MED-FORM-02-A		
(231) de près N5 lu à 30 – 50cm		Sans correction		Avec correction		D : mmHg (244) Divers (Sujet ?)		
		Oui	Non	Oui	Non			
Œil droit Œil gauche Vison binoculaire						(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude		
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact						
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Type :		Avis :  Nom :  Signature : 		
réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter								
(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>						
Tables pseudo-isochromatiques Nombre de tables présentées		Type ISHIHARA  Nombre d'erreurs						
(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis (si 239/241 non réalisé		Oreille droite		Oreille gauche		(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé		
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur		Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	APTE pour la classe : <input checked="" type="checkbox"/> INAPTE pour la classe : <input type="checkbox"/> Remis pour une évaluation complémentaire		
Audiométrie éventuelle		dans l'affirmative, indiquer : Le destinataire : Le motif :						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	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.	
Oreille droite							Décision n° Du Libellé :	
Oreille gauche								
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine						
VEMS/CV % Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		Peack Flow (l/min) Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		109 (g/dl) Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		Champ d'application du certificat		
(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		
								

 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 <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 : **GORA DER**.....

Né(e) le : **27/10/1962** à SAINT LOUIS Age : **...62 ANS**.....

Demeurant :CITE ASECNA OUAKAM.....

REPOND..... (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des priviléges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **25/09/25**

Limite de validité : **31/03/26** Durée de validité : **6 MOIS**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet


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

Un navigant doit cesser d'exercer les priviléges 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 priviléges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evaluateur 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 susmentionnée.