



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 de ligne

**CLASSE** : 1

**NOM DE L'EMPLOYEUR** : Air Sénégal SA

**ADRESSE** :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique		Activité(s) pratiques
Nom : CISSG		<input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur
Prénom : Elkh SOUCOUNTA		<input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon
Nationalité : Sénégalaise	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)
Né(e) le : 14/08/1982	à : Dakar	Aérodrome :
Lieu et date de l'examen médical :	AMS 11/9/20	Activités aériennes antérieures :
Adresse :	177 GSR Almadies	Heures de vol : 5992
Téléphone : 77 650 7997	Email : Temps@gmail.com	
Profession/activité : pilote de ligne		
Situation de famille : M x 2 enfants		

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

Si OUI : Date : 20/3/25 Lieu : AMS Nom du médecin : DR 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		
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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21	Consommez-vous de l'alcool ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Autres	<input type="checkbox"/>	<input 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 tests 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

11/9/20

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 : CISSE	Prénoms : CHEIKH BOUCANDA		Date de naissance (jj/mm/aaaa): 14/08/1982				
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 157 cm	(203) Poids 114 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 100	(207) Pouls au repos Pulsations 89	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	q		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	d	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	q		(219) Anus, rectum (si nécessaire)		
(210) Nez, sinus	q		(220) système génito-urinaire	d	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	q		(221) Système endocrinien, thyroïde	d	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	q		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	d	
(213) Yeux - pupilles	q		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	d	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	q		(224) Examen neurologique- réflexes etc	d	
(215) Poumons, thorax, seins	q		(225) Psychiatrie	d	
(216) Cœur	q		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	d	
(217) Système vasculaire	q		(227) Etat général	d.	

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

QPL. ATR. Au Seyeel. SA. 43 ans. Decue 1+1 Tabac=0.  
Ht=0. Spat=0. 111=0.

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

Œil droit sans correction	9	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	9	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	q			
Œil gauche	✓			
Vision binoculaire	2			

Glucose	Protéines	Sang	Autres
o	o	o	

Rapport annexés Non réalisée Date Normal Anormal

(238) ECG 11-05-2025

(239) Audiogramme

(240) Examen Ophthalmologique

(241) Examen ORL

(242) Lipides sanguins

(243) Fonctions respiratoires

(320) Tonométrie G :



## FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

### RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date  
d'application :  
10/06/2017

Page  
2 sur 2

		Sans correction	Avec correction		
(231) de près		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N5 lu à 30 – 50cm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vison binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	
(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>			
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA 		Nombre d'erreurs <input checked="" type="checkbox"/>	
Nombre de tables présentées					
(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'examinateur			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Audiométrie éventuelle					
Hz	500	1000	2000	3000	4000
Oreille droite					
Oreille gauche					
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine			
VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)		10,5 (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"/>
(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

D : mmHg				
(244) Divers (Sujet ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis :	Nom :
Signature : Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773	

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

<input checked="" type="checkbox"/> APTE pour la classe : <input type="checkbox"/> INAPTE pour la classe : <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> Classe 3

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	10,5 (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>
Anormal <input type="checkbox"/>	Anormal <input 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



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 : **CHEIKH BOUCOUNTA CISSE**

Né(e) le : **14/08/1982** à DAKAR Age : **...43 ANS.....**

Demeurant : **.....N°177 EST ALMADIES.....**

**REOND.....** (Préciser REOND ou NE REOND 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 : **11/09/25**

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

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

**Signature et cachet**



*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.*