



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 SENEGAL S.A.R.L.

ADRESSE : AL DADI

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : SECK Prénom : PAPA BABACAR Nationalité : SENGALAI Né(e) le : 28/01/1983 à : DAKAR Lieu et date de l'examen médical : 24/10/2018 DAKAR Adresse : LOT 38 NGOR KUMBUKE Téléphone : 77 637 70 92 email : babsierra@gmail.com Profession/activité : PILOTE CORRANTANT DE VOL Situation de famille : MARIE 3 ENFANTS	Activité(s) pratiques <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 : 7612
--	---

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

Si OUI : Date : 15/10/2015 Lieu : DAKAR Nom du médecin : CORNUA

Vous avez été déclaré : Apte 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	✓	
2	Taux de cholestérol élevé	✓	
3	Maladie respiratoire	✓	
4	Maladies de l'estomac	✓	
5	Maladies du foie	✓	
6	Diabète	✓	
7	Maladies rénales	✓	
8	Maladies articulaires et du dos	✓	
9	Maladie thyroïdienne	✓	
10	Tumeur ou maladie cancéreuse	✓	
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels	✓	
12	Vertiges, pertes de connaissance	✓	
13	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	ANTECÉDENTS	

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

24/10/2018

Annotations du médecin-examineur 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 : <u>SEGU</u>	Prénoms : <u>PAPA BABACAR</u>	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): <u>28/01/1983</u>							
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <u>186</u> cm	(203) Poids <u>85.</u> kg	(204) Yeux couleur <u>Marron</u>	(205) Cheveux couleur <u>Marron</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg <u>121</u> / <u>80</u>	(207) Pouls au repos Systolique <u>121</u>	Diastolique <u>80</u>	Pulsations <u>60</u>	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	<u>✓</u>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<u>✓</u>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<u>✓</u>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<u>✓</u>		(220) système génito-urinaire	<u>✓</u>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<u>✓</u>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<u>✓</u>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<u>✓</u>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<u>✓</u>
(213) Yeux - pupilles	<u>✓</u>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<u>✓</u>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<u>✓</u>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<u>✓</u>
(215) Poumons, thorax, seins	<u>✓</u>		(225) Psychiatrie	<u>✓</u>
(216) Cœur	<u>✓</u>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<u>✓</u>
(217) Système vasculaire	<u>✓</u>		(227) Etat général	<u>✓</u>
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire	<u>OB AJIO Aon Seguel SA li 2 au Nau s eft Taberees Alq seut = ny.</u>			

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
<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	

Rapport annexés Non réalisé Date Normal Anormal

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

(230) Vision intermédiaire Sans correction Avec correction

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<u>✓</u>			
Œil gauche	<u>✓</u>			
Vision binoculaire	<u>✓</u>			

(238) ECG	<u>24-10-2025</u>	<u>✓</u>
(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

<p>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</p>		RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL				SN-SEC-MED-FORM-02-A	
(231) de près		Sans correction		Avec correction		D : mmHg	
N5 lu à 30 - 50cm		Oui	Non	Oui	Non	(244) Divers (Sujet ?)	
œil droit						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
œil gauche						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vison binoculaire							
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact					
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter			
(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/>		Anormale <input type="checkbox"/>		(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude	
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA		Nombre d'erreurs		Nom :	
Nombre de tables présentées							
(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"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	INAPTE pour la classe :			
		Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	INAPTE pour la classe :			
Audiométrie éventuelle							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	
Oreille droite							
Oreille gauche							
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine					
VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)		145 (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 type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>				
(248) commentaires, limitations :							
<p></p> <p>(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé</p> <p>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.</p> <p>(250) Lieu et date</p> <p></p> <p>Nom et adresse du médecin agréé</p> <p> </p> <p>Cachet et signature</p> <p></p>							

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

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 : **PAPA BABACAR SECK.....**
 Né(e) le : **28/01/1983** à DAKAR Age : **...42 ANS.....**
 Demeurant :NGOR ALLMADIES.....
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 : **24/10/25**
 Limite de validité : **30/04/26** 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 desdits 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.