

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-01-A</b>
<b>EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE</b>	Date d'application : 10/09/2018	Page 1 sur 1

**TYPE DE PERSONNEL :** ..... **PNT**

**CLASSE :** ..... **1**

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

**ADRESSE :** ..... **Dakar**

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

Nom : <b>SALCH</b> Prénom : <b>Hossene Ziyad</b> Nationalité : <b>sénégalaise</b> Né(e) le : <b>26/03/1984</b> à : <b>Dakar</b> Lieu et date de l'examen médical : <b>29/08/2025</b> Adresse : <b>Dakar</b> Téléphone : <b>77 391 88 58</b> email : <b>hosseine.salch@airsenegal.aero</b> Profession/activité : <b>Pilote</b> Situation de famille : <b>Marie</b>	<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 : <b>GOSI</b> Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <b>11500</b>
---	---

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

Si OUI : Date : **26/03/2025** Lieu : **Dakar** Nom du médecin : **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 précisons sur les réponses « OUI »**

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

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21	Consommez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :			
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 testes en vigueur.

Date et signature du personnel aéronautique

**29 Août 2025  
Sale)**

Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

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 : <b>SALEH</b>	Prénoms : <b>Hossene Ziyad</b>		Date de naissance <b>24/10/1984</b> (JJ/MM/AAAA): Lieu de naissance : <b>Dakar</b>					
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>173</b> cm	(203) Poids <b>78</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Marron</b>	(205) Cheveux couleur <b>Brun clair</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg <b>112</b>		(207) Pouls au repos Systolique <b>69</b> Diastolique Pulsations 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	X		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	X
(209) Cavité bucale, gorge, dents	X		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	X
(210) Nez, sinus	X		(220) système génito-urinaire	X
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	X		(221) Système endocrinien, thyroïde	X
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	X		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	X
(213) Yeux - pupilles	X		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	X
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	X		(224) Examen neurologique- réflexes etc	X
(215) Poumons, thorax, seins	X		(225) Psychiatrie	X
(216) Cœur	X		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	X
(217) Système vasculaire	X		(227) Etat général	X
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire	<i>CDB A 30 à Dakar Sénégal, mains noires 6 mois Tatouage (226).</i>			

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	X	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	X	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	X	Corrigée à		

(230) Vision intermédiaire

Sans correction      Avec correction

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	X			
Œil gauche	X			
Vision binoculaire	X			

Glucose	Protéines	Sang	Autres
---------	-----------	------	--------

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

(238) ECG	23/06/17	X
-----------	----------	---

(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
Œil droit			
Œil gauche			
Vision binoculaire			
(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"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Audiométrie éventuelle			
Hz	500	1000	2000
Oreille droite			
Oreille gauche			

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
<i>Gly = 0,75</i>			
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 checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>	<i>80,7</i>

(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 :

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

<input 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 type="checkbox"/> Classe 1	<input type="checkbox"/> Classe 2	<input type="checkbox"/> Classe 3
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Nom : .....

Prénom : ..... S. A. L. H. .....

Date de Naissance : .....

Lieu de Naissance : .....

Numéro Tél. : .....

Poids : ..... 94 .....

Taille ..... 173 .....

T.A ..... 112 - 65 / 14.9 .....

Pouls.....

Urinés..... Cly = 7.5 Hb = 10.7

Lew C

05: 20

06 20

27 20

18: 20

Chg. ok