



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 :** PNT  
**CLASSE :** 1  
**NOM DE L'EMPLOYEUR :** Air Senegal  
**ADRESSE :** Dakar

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : SALCH  
Prénom : Hossene Ziyad

Nationalité : Sénégalaise

Né(e) le : 24/03/1986 à : Dakar

Lieu et date de l'examen médical : 29/08/2025

Adresse : Dakar

Téléphone : 22 391 88 58 email : hossene.salch@airsenegal-sn.sn

Profession/activité : Pilote

Situation de famille : Marié

#### Activité(s) pratiques

Avion  Planeur

Hélicoptère  Ballon

Autres précisez :

Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)

Aérodrome : GOSI

Activités aériennes antérieures :

Heures de vol : 11500

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

Si OUI : Date : 11/03/2025 Lieu : Dakar

OUI  NON

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	✓	
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		

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

29 Août 2025  
Sale).

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



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  
1 sur 2

NOM : **SALEH**

Prénoms : **Hossene Ziyad**

Date de naissance **26/10/1984**  
(JJ/MM/AAAA):  
Lieu de naissance : **Dakar**

(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/blanc</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <b>112</b>	Diastolique <b>69</b>	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	<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"/>	<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	CDB A230 à Dakar Sénégal 88, dans Nœud Gorge Tatouage (226).					Note = O Tatouage = O Gorge = O Nœud = O Sports = +

### 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	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à	

### (230) Vision intermédiaire

Sans correction      Avec correction

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG	23/06/2017	<input checked="" type="checkbox"/>		
(239) Audiogramme				
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>		SN-SEC-MED-FORM-02-A	
	<b>RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL</b>		Date d'application : 10/06/2017	Page <b>2 sur 2</b>

(231) de près		Sans correction	Avec correction	
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>		
Œil gauche		<input checked="" 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 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 <b>20</b>	Nombre d'erreurs <b>0</b>

(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		Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
		Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine		
<b>Gly = 0,75</b>				
VEMS/CV %	Peack 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 type="checkbox"/>	<b>80,7</b>	

(248) commentaires, limitations :	
<b>Asie claire 1 → 29-09-2026</b>	

(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 <b>29-08-2025</b>	Nom et adresse du médecin agréé <b>3, AV. DES PASSADES DAKAR SENEGLA</b>	Cachet et signature <b>Dr Patrick CORREA Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773</b>

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 : <b>Dr Patrick CORREA Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773</b>

(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 :
□ 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	Classe 1 <input type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <input type="checkbox"/>

(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 <b>29-08-2025</b>	Nom et adresse du médecin agréé <b>3, AV. DES PASSADES DAKAR SENEGLA</b>	Cachet et signature <b>Dr Patrick CORREA Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773</b>

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-03-A</b>	
	<b>CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE</b>	Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

<b>CATEGORIES</b>		
<b>CLASSE 1</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>CLASSE 2</b> <input type="checkbox"/>	<b>CLASSE 3</b> <input type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **HOSENNE ZIYAD SALEH.....**

Né(e) le : **24/03/1984** à DAKAR Age : **...41 ANS.....**

Demeurant : .....**DAKAR.....**

**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.

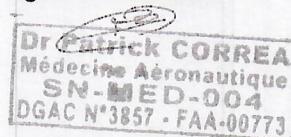
Date de l'examen : **29/08/25**

Limite de validité : **28/02/26** Durée de validité : **6 MOIS.....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

[Redacted]

**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.*