



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 : SEBAA Prénom : TARIK Nationalité : ALGERIENNE Né(e) le : 15/07/1979 à : ALGER Lieu et date de l'examen médical : AMS 02/12/2025 Adresse : DAKAR Téléphone : 78-1318693 email : SEBAA.TARIK@gmail.com Profession/activité : PILOTE Situation de famille : MARIE	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 :
--	---

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

Si OUI : Date : 24/06/95 Lieu : AMS 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 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 Êtes-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

02/12/2025

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



NOM : SEBAA Prénoms : TARIK Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 15/07/1979
Lieu de naissance : ALGER

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 170 cm	(203) Poids 83 kg	(204) Yeux couleur Natur	(205) Cheveux couleur Brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 146	(207) Pouls au repos Diastolique 99. Pulsations 99. 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	✓		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	✗
(209) Cavité bucale, gorge, dents	✓		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	✓		(220) système génito-urinaire	✗
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	✓		(221) Système endocrinien, thyroïde	✗
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	✓		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	✓
(213) Yeux - pupilles	✓		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	✓
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	✓		(224) Examen neurologique- réflexes etc	✓
(215) Poumons, thorax, seins	✓		(225) Psychiatrie	✓
(216) Cœur	✓		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	✓
(217) Système vasculaire	✓		(227) Etat général	✓
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire	ORL A330 - frequence - 16000 - dans 2 seft - jaune 2 cheed.			

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		Corrigée à	10	
Œil gauche sans correction		Corrigée à	10	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	10	

(230) Vision intermédiaire Sans correction Avec correction

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

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	
Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal Anormal
(238) ECG	07-12-2015		
(239) Audiogramme	07-12-2015	✓	
(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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Œil droit				<input checked="" type="checkbox"/>		
Œil gauche				<input checked="" type="checkbox"/>		
Vison binoculaire				<input checked="" type="checkbox"/>		
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact				
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <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 de tables présentées				Nombre d'erreurs 		
(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"/>			
Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

D: mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis :

Nom :

Signature :
Dr Patrick [Signature]
Médecin Aéronautique
~~S N E D - 004~~
DGAC N°3851 - FAA-00773

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

APTE pour la classe :

INAPTE pour la classe :

Remis pour une évaluatio

dans l'affirmative

Le destin

Envoy/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 :

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(g/dl) <i>12.5</i>
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> <i>12.5 = 9.9</i>

Champ d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations :

Apple clapper 1 → 20-06-2026
IT clapper 1

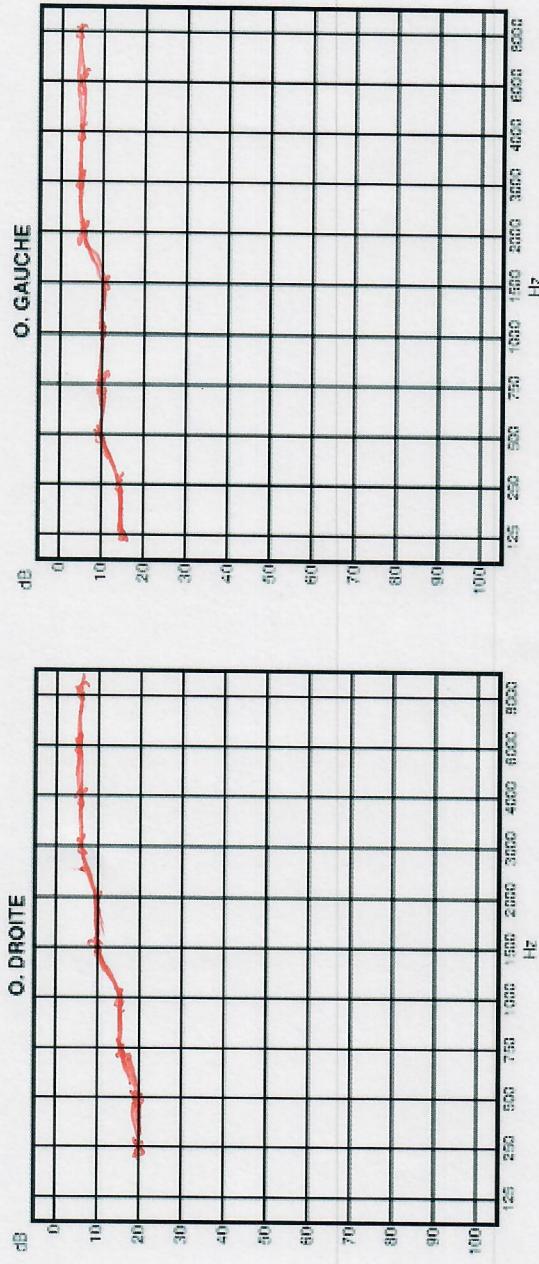
(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

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. **J. CORREA**

(250) Lieu et date 09-12-2025	Nom et adresse du médecin agréé Dr. Patrick CORREA 3, AV. DES AMBASSADES DAKAR SENEGAL	Cachet et signature 
--------------------------------------	---	--

Date : 02/12/2025
Nom : SEBAA
Prénom : TARIK
Date de Naissance : 15/07/1979

AUDIOGRAMME





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 :TARIK SEBAA.....

Né(e) le : 15/07/1979 à ALGER Age : ...46 ANS.....

Demeurant :SALY.....

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 : 02/12/25

Limite de validité : 30/06/26 Durée de validité : 6 MOIS.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet

Dr Patrick CORREA
Médecine Péronautique
SP-SED-004
DGAC N°3157 - FAIR

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 Évaluateur 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.