



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

CLASSE : 1

NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SÉNÉGAL

ADRESSE : BAT2, ROUTE DU KING FAHD PALACE

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : THIOUNE		Activité(s) pratiques	
Prénom : ALIOUNE MBAYE		<input checked="" type="checkbox"/> Avion	<input type="checkbox"/> Planeur
Nationalité : SÉNÉGALAISE		<input type="checkbox"/> Hélicoptère	<input type="checkbox"/> Ballon
Né(e) le : 20/02/1989	à : DAKAR	<input type="checkbox"/> Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)	
Lieu et date de l'examen médical : DAKAR 13/01/2025		Aérodrome :	
Adresse :		Activités aériennes antérieures :	
Téléphone : 77-652-98-00 email : ALIOUNE.THIOUNE14@GMAIL.COM		Heures de vol : 1778	
Profession/activité : PILOTE			
Situation de famille : CECIBATAIRE			

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

Si OUI : Date : 07/01/2025 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 prévisions 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 Oeil : 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 illégales ?		✗
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

13/01/2025

Annotations du médecin-examineur 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

NOM : THIOUNE		Prénoms : ALIOUNE MBAYE		Date de naissance (jj/MM/AAAA) : 20/02/1989	Lieu de naissance : DAKAR			
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 185 cm	(203) Poids 65 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg	(207) Pouls au repos		
					Systolique 113	Diastolique 76	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	✓		(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	<p>OPL N°R72 àir Sénégal SA, 36 avs collob ST, Dakar</p> <p>Notes = 0 Tobac = 0 Alcool = 0 Sport = 0</p>				

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
o	o	o	o

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

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

(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit	10			
Œil gauche	10			
Vision binoculaire	10			

(238) ECG	13/06	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	
		Oui	Non	
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 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 Anormale

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'examineur	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

Glyc. 985

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"/>

(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

APTE pour la classe :

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