



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 :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

<p>Nom : SECK Prénom : ALIOUNE Nationalité : SENEGALAISE Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : 19 / 10 / 1991 à : DAKAR Lieu et date de l'examen médical : 21 / 11 / 2025 DAKAR Adresse : CITE KEUR GORGUI INNEUBLE HORIZON APT C1 Téléphone : 78-456-57-44 email : sck.alioune@gmail.com Profession/activité : PILOTE DE LIGNE Situation de famille : MARIÉ</p>	<p>Activité(s) pratiques</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> Autres précisez : CADRE D'ACTIVITE : (Aéroclub, Centre) COMPAGNIE AERIENNE Aérodrome : AIBD Activités aériennes antérieures : Heures de vol : 2089</p>
--	--

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

Si OUI : Date : **19 / 11 / 2024** Lieu : **DAKAR** Nom du médecin : **PATRICK 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		<input checked="" type="checkbox"/>
2	Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>
3	Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>
4	Maladies de l'estomac	<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>
6	Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>
7	Maladies rénales	<input checked="" type="checkbox"/>	
8	Maladies articulaires et du dos	<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>
12	Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>
13	Migraines		<input checked="" type="checkbox"/>

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

Date et signature du personnel aéronautique

21/11/2025

[Signature]

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

(L) Maladie cancéreuse - semi gento -



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
1 sur 2

NOM : SECK	Prénoms : ALIOUNE	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 19/11/1991				
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 185 cm	(203) Poids 81 kg	(204) Yeux couleur Neu	(205) Cheveux couleur Neu	(206) Tension artérielle (assis) mmHg 117	(207) Pouls au repos Systolique 72
					Diastolique 80	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	1		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	1
(209) Cavité bucale, gorge, dents	1		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	1		(220) système génito-urinaire	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	1		(221) Système endocrinien, thyroïde	1
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	1		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	1
(213) Yeux - pupilles	1		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	1
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	1		(224) Examen neurologique- réflexes etc	1
(215) Poumons, thorax, seins	1		(225) Psychiatrie	1
(216) Cœur	1		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	1
(217) Système vasculaire	1		(227) Etat général	1
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire				
ORL. A319. Aïn Seuseul SA 3 haan. Jan 1 leut.				

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine

Normale **1** - anormale **0**

(229) (de loin à 5m/6m en dixième

Lunettes/Contac
t

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

(230) Vision intermédiaire

Sans
correction
Avec
correction

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	1			
Œil gauche	1			
Vision binoculaire	1			

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	
Rapport annexés	Non réali sé	Date	Nor mal
(238) ECG	21-11 2015	9.	
(239) Audiogramme	21-11 2015	9.	
(240) Examen Ophtalmologique			
(241) Examen ORL			
(242) Lipides sanguins			
(243) Fonctions respiratoires			
(320) Tonométrie G :			

Tolera = 0
Alex = 0
Spout = 1/2



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

 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 N5 lu à 30 – 50cm		Sans correction		Avec correction		D : mmHg																								
		Oui	Non	Oui	Non	(244) Divers (Sujet ?)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
œil droit						(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude																								
œil gauche						Avis : Nom : Signature : N° : SN-SEC-MED-004																								
Vison binoculaire																														
(232) Lunettes Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		(233) Lentilles de contact Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>																												
		Type : _____																												
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter																										
(313) Perception des couleurs Tables pseudo-isochromatiques Nombre de tables présentées		Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>				(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé D'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																								
(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"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>																											
Audiométrie éventuelle <table border="1"> <tr> <td>Hz</td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>3000</td> <td>4000</td> <td>6000</td> </tr> <tr> <td>Oreille droite</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Oreille gauche</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	Oreille droite							Oreille gauche								
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000																								
Oreille droite																														
Oreille gauche																														
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine VEMS/CV % Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>						Peack Flow (l/min) Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		(g/dl) 13,9 Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> $13,9 = 0,92$																				
(248) commentaires, limitations : <i>classe 1 → 31-12-2026</i>																														
(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 <i>DAKAR Ambassades</i>			Nom et adresse du médecin agréé <i>Patrick CORREA</i>				Cachet et signature <i>Patrick CORREA</i> <i>Médecin Administratif</i> <i>SN-SEC-MED-004</i> <i>DGAC N°3857 - FAA-00773</i>																							

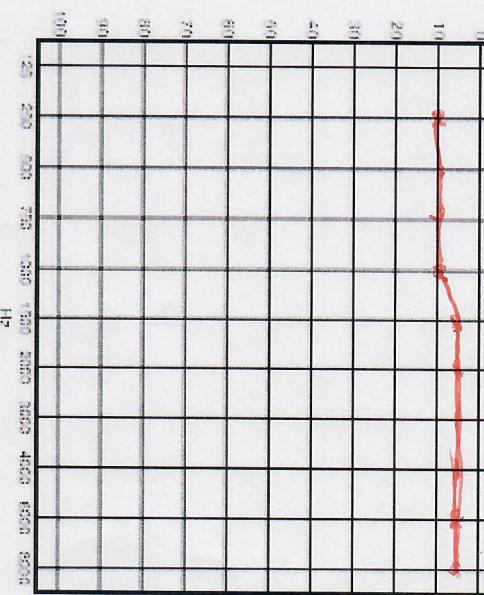
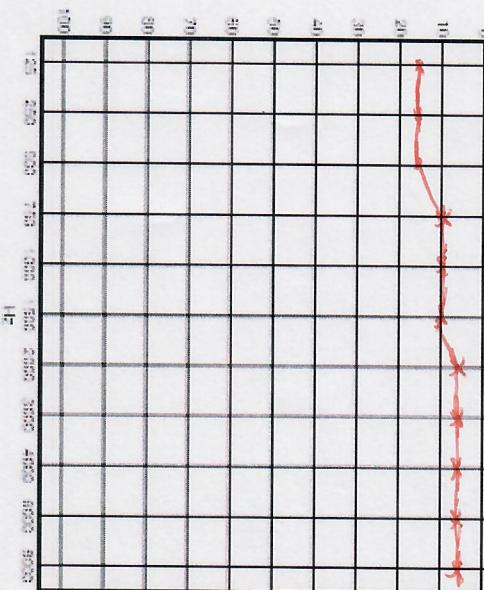
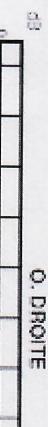
2111112025

... und P₃

PIERRE MALICOURT

Dato da Nascença: 19/10/1991

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 : **ALIOUNE SECK**

Né(e) le : **19/10/1991** à DAKAR Age : **34 ANS**

Demeurant : **CITE KEUR GORGUI IMMEUBLE HORIZON**

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 : **21/11/25**

Limite de validité : **31/12/26** Durée de validité : **1 AN**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

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.