

 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 : Contrôleur Aeron
CLASSE : classe 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : Aéroport Yoff

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>WADE</u> Prénom : <u>Seydina Mohamed</u> Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>13/02/1988</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>ATIS le 18/02/2026</u> Adresse : <u>cité mamella Aviation ville d'311</u> Téléphone : <u>78-388-37-11</u> email : <u>seydina.mohamed.wade@asecna.sn</u> Profession/activité : <u>contrôleur de la circulation aérienne</u> Situation de famille : <u>marie + enfants</u>	Activité(s) pratiques ☐ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ 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 : 13/03/2024 Lieu : Dakar (ATIS) Nom du médecin : Dr Niang
 Vous avez été déclaré : ☒ Apte ☐ Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? ☐ OUI ☒ NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »			Répondez aux questions suivantes :		
	OUI	NON		OUI	NON
1		☒	14	Troubles du sommeil	☒
2		☒	15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	☒
3		☒	16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?	☒
4		☒	17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	☒
5		☒	18	Etes-vous un consommateur de tabac ?	☒
6		☒	19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	☒
7		☒	20	Faites-vous usage de drogues illicites ?	☒
8		☒	21	Consommez-vous de l'alcool ?	☒
9		☒	22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	☒
10		☒	23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	☒
11		☒	Pour les candidates :		
12		☒	24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	☒
13		☒	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 testés en vigueur.
 Toutes 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

18/02/2026


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	Page 1 sur 2

NOM : WADE		Prénoms : Seydine Mohamed		Date de naissance 13/02/1988 (JJ/MM/AAAA):		Lieu de naissance : Dakar	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 178 cm	(203) Poids 58 kg	(204) Yeux couleur Nari	(205) Cheveux couleur Nari	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique	Diastolique	Pulsations
					69	69	Rythme ☐ irrégulier ☒ 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 Centrale Acouïem - 38 ans Nari 3euf. Placenta : 18e d'inf. TCC=0 Spout=0 ITT=0 HLE=0					

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/Contact	
--	--	------------------	--

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

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

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
-----------------	-------------	------	---------	----------

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

(238) ECG	18-02-2016	✓	
(239) Audiogramme	16-02-2016	✓	
(240) Examen Ophtalmologique			
(241) Examen ORL			
(242) Lipides sanguins	18-02-2016	✓	
(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				
Œil gauche				
Vision binoculaire				
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui ☒ Non ☐	Oui ☐ Non ☐			
Type :	Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

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 :

(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	Classe 1	Classe 2	Classe 3
	☐	☐	☒

(313) Perception des couleurs	Normale ☐ Anormale ☐
Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIIHARA
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 ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

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

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :
Pour l'audition

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

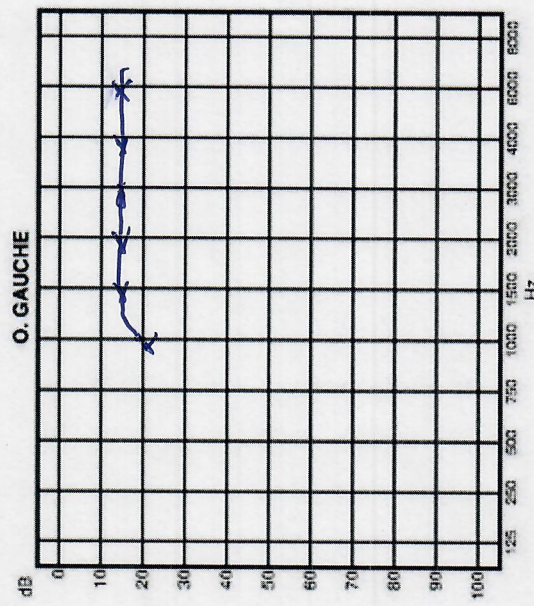
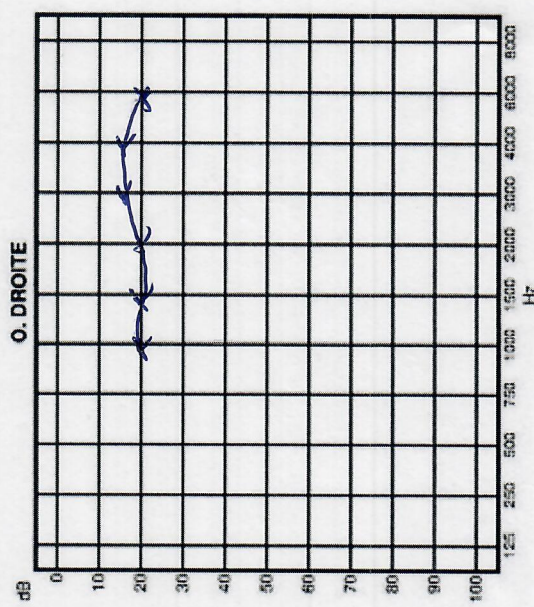
Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète.

(250) Lieu et date	Nom et adresse du médecin agréé	Cachet et signature
23-02-2026	Dr. Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	

Dr Patrick CORREA
3, Av. d. l' Ambassade
DAKAR SENEGAL

AUDIOGRAMME

Date : 28-02-23
Nom : Wade
Prénom : Seydine
Date de Naissance : 23-02-98



 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 : **SEYDINA MOHAMED WADE**

Né(e) le : **13/02/1988** à DAKAR... Age : **38 ANS**

Demeurant : **CITE MAMELLES AVIATION VILLA N°311**

REPOND (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **18/02/26**

Limite de validité : **31/03/28** Durée de validité : **2 ANS**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet

Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAI 0002

Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges 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 privilèges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur 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 sus-mentionnée.