

 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 Aérien
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : ASECNA DAKAR

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>DIALLO</u> Prénom : <u>ELHADJ ABDOL AZIZ</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>10/07/1992</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS, le 18.02.2026</u> Adresse : <u>Rufisque, Quartier Sante-Yalla</u> Téléphone : <u>77-1795039</u> email : <u>azdoul77@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Contrôleur Aérien</u> Situation de famille : <u>Marié</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 : 06/03/2024 Lieu : USM 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		☒
2		☒	15		☒
3		☒	16		☒
4	☒		17		☒
5		☒	18		☒
6		☒	19		☒
7		☒	20		☒
8	☒		21		☒
9		☒	22	☒	
10		☒	23		☒
11		☒	24		
12	☒		25		
13					

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-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 : DIALLO	Prénoms : ELHADJI ABDOUL A212	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 10.07.1992
		Lieu de naissance : DAKAR

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 161 cm	(203) Poids 70 kg	(204) Yeux couleur Mbr	(205) Cheveux couleur Mbr	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 118 Diastolique 70	(207) Pouls au repos Pulsations 61 Rythme ☐ irrégulier ☒ régulier
---	-------------------------------	-----------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	---	--

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	q		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	q	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	1		(219) Anus, rectum (si nécessaire)		
(210) Nez, sinus	2		(220) système génito-urinaire	2	
(211) Oreilles, tympons, compliance tympanique	2		(221) Système endocrinien, thyroïde	q	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	1		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	7	
(213) Yeux - pupilles	q		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	q	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	q		(224) Examen neurologique- réflexes etc	1	
(215) Poumons, thorax, seins	q		(225) Psychiatrie	q	
(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

Contusion Avenue Arconca - 33 ans - Anus & rect.

Lombalgies de porteur, notion cinétique,

Tabac = 0

Alc = 0

Spirt : maud. III = 0.

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

(235) Analyse d'urine Normale **q** anormale ☐

(229) (de loin à 5m/6m en dixième

	Lunettes/Contact			
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	q			
Œil gauche	q			
Vision binoculaire	1			

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		

Rapport annexés	Non réali sé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG		18-02 2026		
(239) Audiogramme		18-02 2026	q.	
(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

N5 lu à 30 - 50cm

Sans correction		Avec correction	
Oui	Non	Oui	Non

Oeil droit

Oeil gauche

Vision binoculaire

(232) Lunettes

(233) Lentilles de contact

Oui ☐

Non ☒

Oui ☐

Non ☐

Type :

Type :

réfraction

Sph

Cylindre

Axe

Ajouter

(313) Perception des couleurs

Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées

Type ISHIHARA

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

%

Peak Flow

(l/min)

(g/dl)

14,5

Normal ☐ Anormal ☐

Normal ☐ Anormal ☐

Normal ☐ Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

(238) ECG - ordi - 1 sympt = PAS

EC cardio - Synd pré RV 1 an Apti classe 3 -> 31-03-2027
TAL 1 an.

(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

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 :

Bilan cardio pour
W PW.

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

☐

☐

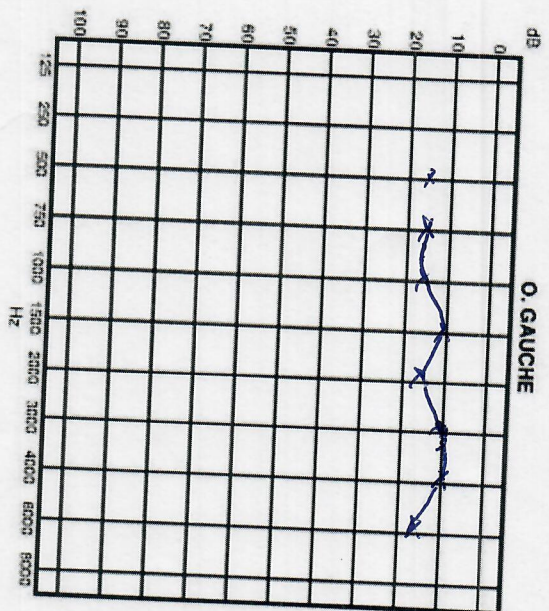
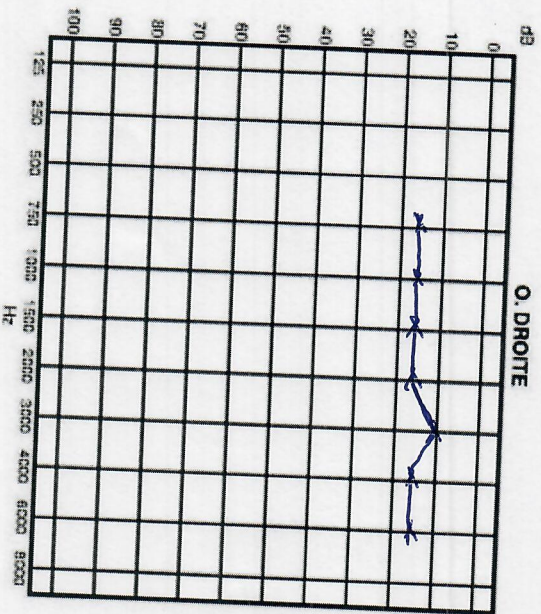
☒

Date : 18.02.2026
Nom : DIALLO

Prénom : ELHADJI ABDOULAZIZ

Date de Naissance : 10.07.1992

AUDIOGRAMME



Dr Patrick CORREA
Médecine Aérienne
SP - MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

Dr Patrick CORREA
Médecine Aérienne
SP - MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

 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 : **...EL HADJI ABDOUL AZIZ DIALLO...**

Né(e) le : **10/07/1992** à **DAKAR**... Age : **33 ANS**...

Demeurant : **...RUFISQUE SANTE YALLA...**

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 : **31/03/27** 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 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.