



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 SENEGAL

**ADRESSE** :

#### Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : THIOR  
Prénom : ELHADJI  
Nationalité : SENEGAL

Né(e) le : 17/09/1968

Sexe :  F  M

à : DAKAR

Lieu et date de l'examen médical : 06/11/2018 AMS

Adresse : C9 partie 8, 5th Avenue Builders

Téléphone : 78-596-7322 email : elhadjithiora@hotmail.com

Profession/activité : pilote

Situation de famille : Marie

#### 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 : 22/04/25 Lieu : AMS

Nom du médecin : Dr 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		<input checked="" type="checkbox"/>
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 Êtes-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 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

06/11/2018

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 : THIOR

Prénoms : EL HADJI

Date de naissance  
(JJ/MM/AAAA):  
Lieu de naissance :

17/09/1965 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 cm  182	(203) Poids kg  80	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg  110 / 80	(207) Pouls au repos Systolique Diastolique Pulsations Rythme 88	
						<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	Pilote Dir. de l'Aéronautique Sénégal 84 A330, Vérifié, 3 - 2016				

### 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		
Œil gauche sans correction		Corrigée à	✗	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	✗	
(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
✗	✗	✗	
Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal Anormal
(238) ECG		22/10/25	✗
(239) Audiogramme			
(240) Examen Ophtalmologique		22/10/25	✗
(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

<b>(231) de près</b>		Sans correction		Avec correction		
N5 lu à 30 - 50cm		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Œil droit				<input checked="" type="checkbox"/>		
Œil gauche				<input checked="" type="checkbox"/>		
Vison binoculaire				<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>(232) Lunettes</b>		<b>(233) Lentilles de contact</b>				
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Type :		
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter		
<b>(313) Perception des couleurs</b>		Normale <input checked="" type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>				
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA				
Nombre de tables présentées		Nombre d'erreurs <input checked="" type="checkbox"/> 20				
<b>(234) Audition</b> (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		<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	Non <input type="checkbox"/>		
Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						
<b>(236) Fonction respiratoire</b>		<b>(237) Hémoglobine</b>				
VEMS/CV %		Peak Flow (l/min)		(g/dl)		
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal	<input 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"/>					

(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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom : ..... THIOR .....

Prénom : ..... ELHADJI .....

Date de Naissance : ..... 17/09/1968 .....

Lieu de Naissance : ..... DAKAR .....

Numéro Tél. : ..... 785967327 .....

Poids : ..... 90 Kgs .....

Taille ..... 1.82 .....

T.A ..... 165/90 .....

Pouls..... 68 .....

unnes 0

BP 5606 Dakar-Fann - Tel./Fax : 33 824 26 71