 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 :** ..... A .....  
**NOM DE L'EMPLOYEUR :** ..... AIR SENEGAL .....  
**ADRESSE :** .....

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

Nom : <u>THIOR</u> Prénom : <u>ELHADJI</u> Nationalité : <u>SENEGAL</u> Né(e) le : <u>17/09/1968</u> à : <u>DAKAR</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : <u>06/11/2025 AMS</u> Adresse : <u>79 part. 510e Boulevard</u> Téléphone : <u>78-596 7322</u> email : <u>elhadjithior@hotmail.com</u> Profession/activité : <u>pilote</u> Situation de famille : <u>marie</u>	<b>Activité(s) pratiques</b> <input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> 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 : ☒ 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 »

	OUI	NON
1 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
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	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 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

06/11/2025

*[Signature]*

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



 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>		<b>SN-SEC-MED-FORM-02-A</b>	
	<b>RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL</b>		Date d'application : 10/06/2017	Page 1 sur 2

NOM : <b>THIOR</b>		Prénoms : <b>ELHADJI</b>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): <b>14/09/1965</b>		Lieu de naissance : <b>DAKAR</b>	
(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 <b>182</b>	(203) Poids kg <b>80</b>	(204) Yeux couleur <b>Nor</b>	(205) Cheveux couleur <b>Nr</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>110</b> Diastolique <b>80</b>		(207) Pouls au repos Pulsations <b>68</b> 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	<input checked="" type="checkbox"/>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>		(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>		(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>		(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
**Plat de Dinde congelé 8A A330, Vire, 3 - 12/10/25**  
**Relax = 0, Hémol = 0, Sporozoïtes = 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	
Œil droit sans correction	Corrigée à <b>9</b>		
Œil gauche sans correction	Corrigée à <b>9</b>		
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à <b>10</b>		

(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>			

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		<b>22/10/25</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme				
(240) Examen Ophtalmologique		<b>22/10/25</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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
		<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>	

Œil droit

Œil gauche

Vision binoculaire

(232) Lunettes

Oui ☒

Non ☐

Type :

réfraction

Sph

Cylindre

Axe

Ajouter

(233) Lentilles de contact

Oui ☐

Non ☐

Type :

(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

Oui ☒

Non ☐

Oreille

gauche

Oui ☒

Non ☐

Test de voix de conversation perçue à 2m  
le dos tourné vers l'examineur

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

Oreille

droite

Oreille

gauche

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

VEMS/CV

%

Normal ☐

Anormal ☐

Peak Flow

(l/min)

Normal ☐

Anormal ☐

(g/dl)

Normal ☐

Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

(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 :

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

☐

☐

☐

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 : 145/90

Pouls : 68

Unes 0

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