



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: *SENÉGAL*
Né(e) le: *17/09/1968* à: *DAKAR*
Lieu et date de l'examen médical: *06/11/2025 AMS*
Adresse: *79 route de la gare Brûlées*
Téléphone: *78 596 7327* email: *elhadjithior@gmail.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 ?

Si OUI : Date: *22/04/25* Lieu: *Ans* 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 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 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

06/11/2025

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) : 17/09/1965	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 182 cm	(203) Poids 80 kg	(204) Yeux couleur Noir
(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg 110		(207) Pouls au repos Systolique 80
	Diastolique 68		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	X		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	X
(209) Cavité bucale, gorge, dents	X		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	X
(210) Nez, sinus	X		(220) système génito-urinaire	X
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	X		(221) Système endocrinien, thyroïde	X
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	X		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	X
(213) Yeux - pupilles	X		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	X
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	X		(224) Examen neurologique- réflexes etc	X
(215) Poumons, thorax, seins	X		(225) Psychiatrie	X
(216) Cœur	X		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	X
(217) Système vasculaire	X		(227) Etat général	X
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire	Peau = 0 Rate = 0 Gros = 0 Sport = 0			

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

(235) Analyse d'urine

Normale **X** anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième		Lunettes/Contac t	
Œil droit sans correction		Corrigée à	10
Œil gauche sans correction		Corrigée à	10
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	10
(230) Vision intermédiaire		Sans correction	Avec correction
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui Non
Œil droit	X		
Œil gauche	X		
Vision binoculaire	X		

Glucose	Protéines	Sang	Autres
X	o	o	
Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal Anormal
(238) ECG		22/06/25	X
(239) Audiogramme			
(240) Examen Ophtalmologique		22/06/25	X
(241) Examen ORL			
(242) Lipides sanguins			
(243) Fonctions respiratoires			
(320) Tonométrie G :			



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				<input checked="" type="checkbox"/>		
Œil gauche				<input checked="" type="checkbox"/>		
Vison binoculaire				<input checked="" type="checkbox"/>		
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact				
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Type :		Type :				
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter		
(313) Perception des couleurs		Normale <input checked="" type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>				
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA				
Nombre de tables présentées <i>20</i>		Nombre d'erreurs <i>0</i>				
(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"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				

(248) commentaires, limitations : <i>Past Caneclion optique</i>		<i>Apté date 1 -> 31-05-2026</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>06 - 11 - 2025</i>		Nom et adresse du médecin agréée Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL			Cachet et signature  Dr Patrick CORREA Médecin Aéronautique SN-SEC-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773	

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE	SN-SEC-MED-FORM-03-A	
		Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

CATEGORIES		
CLASSE 1 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **...EL HADJI THIOR.....**

Né(e) le : **17/09/1968** à DAKAR Age : **...57 ANS.....**

Demeurant :C76 PATTE D'OIES.....

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 : **06/11/25**

Limite de validité : **31/05/26** Durée de validité : **6 MOIS.....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet



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 desdits priviléges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passé ce délai le Médecin Évaluateur 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.