



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 : NAVIGANT

CLASSE : 1

NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL SA

ADRESSE : ALTADIES DAKAR

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

<p>Nom : <u>NDIAYE</u> Prénom : <u>JEAN-LOUIS</u> Nationalité : <u>SEN</u> Né(e) le : <u>16/07/1971</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>ATIS 19 08 2025</u> Adresse : <u>H-37 Palle d'oré</u></p> <p>Téléphone : <u>77 917 09 50</u> email : <u></u> Profession/activité : <u>PILOTE</u> Situation de famille : <u>MARIÉ</u></p>	<p>Activité(s) pratiques</p> <p><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)</p> <p>Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol :</p>
---	---

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON

Si OUI : Date : 07/09/2025 Lieu : ATIS Nom du médecin : PATRICK CORREA

Vous avez été déclaré : Apte 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"/>	

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 textes 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

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 ?		<input checked="" type="checkbox"/>
25	Autres		

Date et signature du personnel aéronautique

12-08-2025

JL

Annotations du médecin-examinateur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) : 1 : 10/12/2022 8 : Heureuse 15 : Si
15 : Blout ou 2023 22 : PVC
15 : Coversyl 5-5, Fomiga, Pantoporal, Aspirine cardio 22 : Anti-estér 10



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
1 sur 2

NOM : NDIAYE		Prénoms : Jean - Louis		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 16/10/1971	
Lieu de naissance : 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 183	
(203) Poids kg 100		(204) Yeux couleur Normau		(205) Cheveux couleur Min	
				(206) Tension artérielle (assis) mmHg 134	
				Systolique 134	Diastolique 84
				Pulsations 66	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

OPL au **Se** **g** **l** **sd**, **sh** **s**, **no** **3** **g** **h**
suivi pour **IDM** **en** **2022/8/1**) **AP** **20** **peau** **co** **peau** **20** **peau** **co** **peau** **20**
III : **Coversyl 5, Coredil 10** **peau** **co** **peau** **20** **peau** **co** **peau** **20**

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

Glucose	Protéines	Sang	Autres
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Rapport annexés	Non réali sé	Date	Normal Anor mal
(238) ECG		<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme			
(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		Sans correction		Avec correction		
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non	
Œil droit				10		
Œil gauche				10		
Vison binoculaire				10		
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact				
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Type :		
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter		
(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/>		Anormale <input type="checkbox"/>		
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA				
Nombre de tables présentées		20	Nombre d'erreurs 0			

(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			
		Gly : 0,9			
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 checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	11	

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

<input type="checkbox"/> APTE pour la classe :
<input type="checkbox"/> INAPTE pour la classe :
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Nom : Nic

Prénom : Jean

Date de Naissance :

Lieu de Naissance :

Numéro Tél. :

Poids : 100

Taille 183

T.A 134 - 84 / 66

Pouls.....

Uries: + + - Chg: 30 Hg: 11

G +

Ave. S.

Obj: 10

OF: 10

ET: 10

IoL: 80

Chp: ok

Coversal

Chrys 10mg

Forsiga

- Argentum
caeruleum

Pauloport