



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 : ALTIADIES DAKAR

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : NDIAYE Prénom : JEAN-LOUIS Nationalité : SEN Né(e) le : 16 / 07 / 1971 Lieu et date de l'examen médical : ATIS 12 08 2025 Adresse : H-37 Patte d'oie Téléphone : 77 917 0950 email : Profession/activité : PILOTE Situation de famille : MARIÉ	Activité(s) pratiques	
	<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 : 07 / 02 / 2025 Lieu : AMS

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	X	
2 Taux de cholestérol élevé	X	
3 Maladie respiratoire		X
4 Maladies de l'estomac	X	
5 Maladies du foie		X
6 Diabète		X
7 Maladies rénales		X
8 Maladies articulaires et du dos	X	
9 Maladie thyroïdienne		X
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		X
11 Oeil : choc, maladies, troubles visuels		X
12 Vertiges, pertes de connaissance		X
13 Migraines		X

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14 Troubles du sommeil		X
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	X	
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?		X
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		X
18 Êtes-vous un consommateur de tabac ?		X
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	X	
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?		X
21 Consommez-vous de l'alcool ?		X
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	X	
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		X
Pour les candidates :		
24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		X
25 Autres		X

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 tests en vigueur.

Date et signature du personnel aéronautique

12-08-2025

Toute fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

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

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) : 1 : ION 2 2022 8 : Hérite DTS 25-S,
 15 : Blout en 2023 18 : Co versgt 5-S, Forziga, Paullooral, Daptixine cardio 22 : PVC
 25 : Cestfor 10



**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 : NDIAYE		Prénoms : Jean - Louis		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 16/07/1971		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 183	(203) Poids 100	(204) Yeux couleur Brun	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) 132 / 84		(207) Pouls au repos 66	
					Systolique	Diastolique	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 ayant chaque commentaire					

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

DPL pour 3e égalité, 54-5, Novembre 3e égalité
émiss pour IDA en 2022/2023
TTE : Sophie Cestac, Pauline Pautrizet, 20
Coverys, S. Coedinger, 10

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	<u>10</u>
Œil gauche sans correction		Corrigée à	<u>10</u>
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	<u>10</u>
(230) Vision intermédiaire	Sans correction	Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui Non
Œil droit			<u>10</u>
Œil gauche			<u>10</u>
Vision binoculaire			<u>10</u>

Glucose	Protéines	Sang	Autres
Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal
(238) ECG		11/08/15	X
(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				✓	
Œil gauche				✓	
Vison binoculaire				✓	
(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		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'examinateur		Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>		
Non <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Audiométrie éventuelle					
Hz	500	1000	2000	3000	4000
Oreille droite					
Oreille gauche					
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine			
<i>Gly = 0.9</i>					
VEMS/CV %	Peak 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"/>

(248) commentaires, limitations :

Pas de commentaires

D : mmHg				
(244) Divers (Sujet ?)	<input type="checkbox"/>	<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 :
<i>[Signature]</i>	<i>[Nom]</i>
Signature : <i>[Dr Patrick CORREA]</i>	
Médecin Aéronautique	
SN-MED-004	
DGAC N°3857 - FAA-00773	

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

(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

12-08-2015

Nom et adresse du médecin agréé
DR PATRICK CORREA
3, AV. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
SN-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 : **JEAN LOUIS NDIAYE.....**

Né(e) le : **16/07/1971** à DAKAR Age : **...54 ANS.....**

Demeurant : **.....H 37 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 : **12/08/25**

Limite de validité : **28/02/26** 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 des dits priviléges.

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