



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 : FREE LANCE

ADRESSE : DAKAR

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>DIEDHIOU</u> Prénom : <u>FADEL</u> Nationalité : <u>SENEGAL</u> Né(e) le : <u>01/01/80</u>		Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M à : <u>DAKAR</u>	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)	
Adresse : <u>CI TR SIRRIS N° 6</u> <u>DAKAR</u> Téléphone : <u>77390136</u> Email : <u>Salid.diedhiou@gmail.com</u>		Aérodrome : <u>AKROCHOB RIBAUEYE</u> Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <u>979 h</u>		
Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? Si OUI : Date : <u>02/06/25</u> Lieu : <u>DAKAR</u> Nom du médecin : <u>DR CORBRA</u> Vous avez été déclaré : <input checked="" type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> 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) ? <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/>
2	Taux de cholestérol élevé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Maladie respiratoire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Maladies de l'estomac	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Maladies du foie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Diabète	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Maladies rénales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Maladies articulaires et du dos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Maladie thyroïdienne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Tumeur ou maladie cancéreuse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Vertiges, pertes de connaissance	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Migraines	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Sadi Dedihiou

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

27/10/2018 Sadi Dedihiou



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
1 sur 2

NOM : DIEDRICH	Prénoms : RABEL	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 01/01/80				
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 192 cm	(203) Poids 107 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg 114	(207) Pouls au repos Systolique 82 Diastolique 59 Pulsations 59 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	✓		(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
Homme 45 ans, P.P, Infectieux, SEP inguinier, Donc 3 enfants
Tolérance Alcool = 0 Néf = 0 - Sport = -

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
Œil droit	✓		
Œil gauche	✓		
Vision binoculaire	✓		

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
✓	✓	✓		
Rapport annexés	Non réali sé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG		2016/06/20	X	
(239) Audiogramme				
(240) Examen Ophthalmologique				
(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
Œil droit		X	
Œil gauche		X	
Vison binoculaire		X	
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact	
Oui <input type="checkbox"/>	Non X	Oui X	Non X
Type :		Type :	
réfraction	Sph	Cylindre	Axe
			Ajouter

(313) Perception des couleurs		Normale X	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 X	Oui X			
		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: 0,80						
VEMS/CV % Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Peack Flow (l/min) Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	(g/dl) Normal X Anormal 10,1				

(248) commentaires, limitations :		Apté classe 1 → 30-06-2026	
(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 27-10-2025		Nom et adresse du médecin agréé Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	

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 :	Signature :
<i>Apt</i>	<i>Dr Patrick CORREA</i> Médecine 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 <input type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <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 27-10-2025		Nom et adresse du médecin agréé Dr Patrick CORREA Médecine 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 :

FADEL DIEDHIOU.....

Né(e) le : 01/01/1980 à DAKAR Age : ...45 ANS.....

Demeurant :CITE SIPRES MERMOZ N°6.....

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 : **27/10/25**

Limite de validité : **30/04/26**

Durée de validité : **6 MOIS**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

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.