



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 : Armée de l'air

ADRESSE : 08. ouest foire Cité Xandar

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

<p>Nom : <u>GUÉYE</u> Prénom : <u>Abdourahmane</u> Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Né(e) le : <u>01/03/1995</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>Jahel assistance, DAKAR 29/12/25</u> Adresse : <u>08 ouest foire Cité Xandar</u> Téléphone : <u>77-473-13-71</u> email : <u>rahou95@hotmail.fr</u> Profession/activité : <u>Pilote</u> Situation de famille : <u>Marie</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 : <u>Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Instruktion</u> Aérodrome : <u>Thiès (400T)</u> Activités aériennes antérieures : <u>Heures de vol : 1550</u></p>
--	---

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

Si OUI : Date : 09/12/2021 Lieu : DAKAR Nom du médecin : Dr. Corréa

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"/>	<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	Oeil : 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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		

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 informé 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

29/12/2025

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

C. A.

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 : GIENE		Prénoms : Abdourahmane		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 01/03/1995	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial		(202) Taille cm 181	(203) Poids kg 70	(204) Yeux couleur Bérou	(205) Cheveux couleur Noir
				(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 107	
				Diastolique 74	Pulsations 72
				Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier	<input type="checkbox"/> irrégulier

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

Pléthora d'œsophaghe, absence de l'air, -

*Tableau d'œsophaghe +
gastro +
œsophaghe -*

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	10	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à		

(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
0	0	0	0
Rapport annexés	Non réali sé	Date	Normal
(238) ECG	20/06/2017		
(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 type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre d'erreurs <input checked="" type="checkbox"/>	

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

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine			
		<i>CV = 0,78</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 type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>			

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

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis : <i>Anta</i>	Nom : <i>7</i>
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"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------