



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 : DPL

CLASSE : 1

NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL S.A

ADRESSE : RUE KING FAUD

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>POUENGHI</u> Prénom : <u>GABRIELLE</u> Nationalité : <u>SENEGALIENNE</u> Né(e) le : <u>28/07/1993</u> à : <u>DESSIO - ITALIE</u> Lieu et date de l'examen médical : Adresse : <u>MERNOZ PILOTECHNIQUE N.3</u> Téléphone : <u>36 500 80 62</u> email : <u>gabrielle.pouenghi@airsenegal.sen</u> Profession/activité : <u>DPL</u> Situation de famille : <u>CELIBATAIRE</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) Aérodrome : <u>DSS</u> Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <u>2650</u>

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

Si OUI : Date : 18/12/24 Lieu : DAKAR 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"/>

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

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

Date et signature du personnel aéronautique

01/12/2025

Gabrielle Pouenghi

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



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
1 sur 2

NOM : POLENGHTI		Prénoms : GABRIELE		Date de naissance 28-07-1993 (jj/MM/AAAA): Lieu de naissance : NEOIO - ITALIE			
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 180 cm	(203) Poids kg	(204) Yeux couleur bleu	(205) Cheveux couleur bleu	(206) Tension artérielle (assis) mmHg 124 / 91		(207) Pouls au repos 76
					Systolique	Diastolique	Pulsations

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	1		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	1
(209) Cavité bucale, gorge, dents	1		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	1		(220) système génito-urinaire	1
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	1		(221) Système endocrinien, thyroïde	1
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	1		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	1
(213) Yeux - pupilles	1		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	1
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	1		(224) Examen neurologique- réflexes etc	1
(215) Poumons, thorax, seins	1		(225) Psychiatrie	1
(216) Cœur	1		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	1
(217) Système vasculaire	1		(227) Etat général	1
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire ORL. Aîn Seysell 8A + Aîn Calci Iuccum 32ans. Céleb oeilh. Tolbee = o. Aile = o. Spal = 3x1cm. IT = o.				

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

(235) Analyse d'urine

Normale **1** anormale **0**

(229) (de loin à 5m/6m en dixième			Lunettes/Contact		
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				1	
œil gauche				1	
Vision binoculaire				1	

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
1	0	0			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			01-12-2015	d.	
(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 Iu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit				<i>q</i>	
Œil gauche				<i>q</i>	
Vison binoculaire				<i>q</i>	
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <i>✓</i>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Type :	
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	
(313) Perception des couleurs		Normale <i>✓</i> Anormale <input type="checkbox"/>			
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA <i>20</i>			
Nombre de tables présentées		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 <i>✓</i>	Oui <i>✓</i>
			Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Audiométrie éventuelle				
Hz	500	1000	2000	3000 4000 6000
Oreille droite				
Oreille gauche				

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(<i>12,8</i> g/dl)	
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
<i>CdL = 0,97</i>			

(248) commentaires, limitations: <i>Pas de commentaires</i>		(237) Hémoglobine <i>Ante date 1 -> 31-12-2026</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>01-12-2025</i>		Nom et adresse du médecin agréé <i>Dr Patrick CORREA 34 Rue des Ambassades DAKAR SENEGAL</i>	
		Cachet et signature <i>Dr Patrick CORREA 34 Rue des Ambassades DAKAR SENEGAL</i>	

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>Aplo</i>	<i>Signature : Dr Patrick CORREA</i> <i>Médecin Aéronautique</i> <i>SN-MED-004</i> <i>DGAC N°3857-F-A-0073</i>			

(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 <i>✓</i>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

(250) Lieu et date <i>01-12-2025</i>		Nom et adresse du médecin agréé <i>Dr Patrick CORREA 34 Rue des Ambassades DAKAR SENEGAL</i>	
		Cachet et signature <i>Dr Patrick CORREA 34 Rue des Ambassades DAKAR SENEGAL</i>	

 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 :**GABRIELE POLENGHI**.....

Né(e) le : **28/07/1993** à **DESIO/ITALIE** Age : **...32 ANS**.....

Demeurant :**MERMOZ PYROTECHNIQUE**.....

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 : **01/12/25**

Limite de validité : **31/12/26** Durée de validité : **1 AN**.....

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.