

 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 : CPL (A)
 CLASSE : 1
 NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL SA
 ADRESSE : Bat 2 Rte King Fahd Palace, Almadies

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>OUDIANE</u> Prénom : <u>MICHEL PIERRE</u> Nationalité : <u>SENEGAL</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>13/12/1986</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>D'CORREA / 04.02.2026</u> Adresse : <u>8351 Imm G Sacré-Cœur 1, DAKAR</u> Téléphone : <u>78-13842-88</u> email : <u>OMIKEFLYER@YAHOO.FR</u> Profession/activité : <u>Pilote</u> Situation de famille : <u>Marie</u>	Activité(s) pratiques ☒ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : <u>DSS / GOBD</u> Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <u>3856</u>
---	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? ☒ OUI ☐ NON
 Si OUI : Date : 17/01/2025 Lieu : DAKAR Nom du médecin : D'CORREA

Vous avez été déclaré : ☒ Apte ☐ Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? ☒ OUI ☐ NON DIABETE (Père)

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

	OUI	NON
1		☒
2		☒
3		☒
4		☒
5		☒
6		☒
7		☒
8		☒
9		☒
10		☒
11		☒
12		☒
13		☒

	OUI	NON
14		☒
15		☒
16		☒
17		☒
18		☒
19		☒
20		☒
21	☒	
22		☒
23		☒
Pour les candidates :		
24		
25		

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 testés en vigueur.

Toutes 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

04/02/2026

M. Oudiane

Annotations du médecin-examineur 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 : LOUDIANE		Prénoms : MICHEL PIERRE		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 13/12/1986		Lieu de naissance : DAKAR	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 190 cm	(203) Poids 91 kg	(204) Yeux couleur Jaune	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 121 Diastolique 85		(207) Pouls au repos Pulsations 56 Rythme ☐ irrégulier ☒ régulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	d		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	d	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	d		(219) Anus, rectum (si nécessaire)		
(210) Nez, sinus	d		(220) système génito-urinaire	d	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	d		(221) Système endocrinien, thyroïde	d	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	d		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	d	
(213) Yeux - pupilles	d		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	d	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	d		(224) Examen neurologique- réflexes etc	d	
(215) Poumons, thorax, seins	d		(225) Psychiatrie	d	
(216) Cœur	d		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	d	
(217) Système vasculaire	d		(227) Etat général	d	

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

ORL Bin Senguel SA A330. 39ans. 1 an 2 euf.

Tp de = 0
Sp. = 0
11 = 0

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/Contact	
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		d	
Œil gauche		d	
Vision binoculaire		d	

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal Anormal
(238) ECG			04-02-2016	d.
(239) Audiogramme			04-02-2016	x
(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	☒			
Vision binoculaire	☒			
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui ☐ Non ☒	Oui ☐	Non ☐		
Type :	Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale ☐ Anormale ☐

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)

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oreille droite Oui ☒ Non ☐	Oreille gauche Oui ☒ Non ☐
--	---	---

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

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	12,3 (g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

Je soussigné 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 ?)	☐		☐	☐

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

Avis :	Nom :
<i>Apte</i>	<i>Dr Patrick CORREA</i> Médecin Aérospatial SN-MED-004 DGAC N°3357 - 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
	☒	☐	☐

Apte classe 1 -> 88-02-9027

Assistance Médicale
Senegal
Av des Ambassadeurs
Tel 33 824 26 71

Dr Patrick CORREA
Médecin Aérospatial
SN-MED-004
DGAC N°3357 - FAA-00773

Date: 04/02/2026

Nom: OUDIANE

Prénom: MICHEL PIERRE

Date de Naissance: 13/12/1986

AUDIOGRAMME

