 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 : PNT
 CLASSE : 1
 NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL SA
 ADRESSE : Kaou Massar

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>BADIANE</u> Prénom : <u>Ethadji Ibrahima Baay Niasse</u> Nationalité : <u>Senegalaise</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>07/07/1998</u> à : <u>Taïba Ndiaye</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 24/07/2025</u> Adresse : <u>Kaou Massar, Dakar</u> Téléphone : <u>77 64 53 47</u> email : <u>badianeibrahima17@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Ecouteur pilote - Com</u> Situation de famille : <u>celibataire sans enfant</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>Aérodrome militaire THIES</u> Activités aériennes antérieures : <u>222</u> Heures de vol :
---	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? ☒ OUI ☐ NON
 Si OUI : Date : 05/12/2024 Lieu : AKIS Nom du médecin : Dr. 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

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »	OUI	NON	Répondez aux questions suivantes :	OUI	NON
1 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :			14 Troubles du sommeil		<input checked="" type="checkbox"/>
2 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>	15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		<input checked="" type="checkbox"/>
3 Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>	16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<input checked="" type="checkbox"/>
4 Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>	17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		<input checked="" type="checkbox"/>
5 Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>	18 Etes-vous un consommateur de tabac ?		<input checked="" type="checkbox"/>
6 Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>	19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		<input checked="" type="checkbox"/>
7 Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>	20 Faites-vous usage de drogues illicites ?		<input checked="" type="checkbox"/>
8 Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>	21 Consommez-vous de l'alcool ?		<input checked="" type="checkbox"/>
9 Maladies articulaires et du dos		<input checked="" type="checkbox"/>	22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		<input checked="" type="checkbox"/>
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>	23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		<input checked="" type="checkbox"/>
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>	Pour les candidates :		
12 Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>	24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		
13 Migraines		<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 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

24/07/2025

[Signature]

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 : BADIANE	Prénoms : EPADJI I.B.N	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 07/07/1988				
		Lieu de naissance : Taiiba Ndiaye				
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille cm 184	(203) Poids kg 70	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 118 Diastolique : 86	(207) Pouls au repos Pulsations : 89 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	<input checked="" type="checkbox"/>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>	
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>		(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	
(211) Oreilles, tympanes, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>	
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>		(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>		(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	

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

EP Air Sénégal SA (Echec Armée Air) 2 fois, Celib 3 ans après

Tuberculose = 0
Alcool = 0
3 ans = +
Noté = 0

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact			
Œil droit sans correction	7	Corrigée à			
Œil gauche sans correction	7	Corrigée à			
Vision binoculaire, sans correction	8	Corrigée à			
(230) Vision intermédiaire		Sans correction Avec correction			
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>			

(235) Analyse d'urine Normale ☐ anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal Anor mal
(238) ECG			24/07/15	5
(239) Audiogramme				
(240) Examen Ophtalmologique			24/07/15	5
(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	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			
(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 ☐ Anormale ☒

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées 20	Nombre d'erreurs 1

(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 <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreille gauche 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

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"/>
		11.8

(248) commentaires, limitations :

Pat Conduction q.tique

opht: RAS après conduction

Apté classe 1 -> 31-07-2026

(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

25-07-2025

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

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 :

Signature :

Dr Patrick CORREA
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 :

opht + alane
conduction q.tique

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"/>



Dr Mar Ndiaye

Ophtalmologiste, chirurgie oculaire

ONMS : B 2087

EL HAJ IBRAHIMA BADIANE



Fann résidence, Ave Aimé Césaire X rue D (FN23)



77 232 98 98/ 76 599 46 46/ 76 924 19 19 (WhatsApp)

drmarndiaye@gmail.com

www.ophtalmodrmarndiaye.com

ORDONNANCE DE LUNETTES

ŒIL DROIT : -0.50

ŒIL GAUCHE : -0.50 (-0.25 à 175)

+ PHOTOCROMIQUES- ANTIREFLETS
+ PD 70

Rapporter l'ordonnance lors de la prochaine consultation

 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 <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 : **EL HADJI IBRAHIMA BAAY NIASS BADIANE**

Né(e) le : **07/07/1998** à **TAIBA NDIAYE** Age : **... 27 ANS**

Demeurant : **.....BET.....**

REPOND..... (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **24/07/25**

Limite de validité : **31/07/26** 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 privilèges 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 privilèges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur 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 sus-mentionnée.