



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 : Keur Massar

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : BADIANE

Prénom : Éhadji Ibrahima Baay Niassé

Nationalité : Sénégalais

Né(e) le : 07/07/1998 à : Taïba Ndiaye

Sexe : F M

Lieu et date de l'examen médical : AMS 24/07/2025

Adresse : Keur Massar, Dakar

Téléphone : 77 624 53 44 email : badianeibrahima77@gmail.com

Profession/activité : Eleve pilote - Com

Situation de famille : célibataire sans enfant

Activité(s) pratiques

Avion

Planeur

Hélicoptère

Ballon

Autres précisez :

Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)

Aérodrome : Aérodrome militaire THIES

Activités aériennes antérieures :

222 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 : AMS Nom du médecin : Dr. Colle

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 précisations sur les réponses « OUI »

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle	X	
2 Taux de cholestérol élevé	X	
3 Maladie respiratoire	X	
4 Maladies de l'estomac	X	
5 Maladies du foie	X	
6 Diabète	X	
7 Maladies rénales	X	
8 Maladies articulaires et du dos	X	
9 Maladie thyroïdienne	X	
10 Tumeur ou maladie cancéreuse	X	
11 Oeil : choc, maladies, troubles visuels	X	
12 Vertiges, pertes de connaissance	X	
13 Migraines	X	

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14 Troubles du sommeil		X
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		X
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?		X
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		X
18 Êtes-vous un consommateur de tabac ?		X
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		X
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?		X
21 Consommez-vous de l'alcool ?		X
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		X
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		X
Pour les candidates :		
24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		
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 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

24/07/2025

NP

Annotations du médecin-examinateur 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 : **BADIANE**

Prénoms : **ERKADI I.B.N**

Date de naissance : **07/07/1988**
(jj/MM/AAAA):
Lieu de naissance : **Taïba 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		(207) Pouls au repos	
					Systolique 148	Diastolique 86	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	✓		(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	EP Air Sénégal SA (Bach Arme Am) 27 ans, celibataire, pvc					Tuberculo Alcool = 0 Spiral + Nodules = 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/Contac
t

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG	✓	26/07/15		
(239) Audiogramme				
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				

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

✓

Œil gauche

✗

Vision binoculaire

✗



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		X		
Œil gauche		X		
Vison binoculaire		X		
(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 2

(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"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
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 - 0,87

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"/>

(248) commentaires limitations :

Pat Cane Fum g fume opht: RAS apré comctan
Ap le classeur -> 31-07-2026

(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 25-07-2025

Nom et adresse du médecin agréé
Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

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



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)

+ PHOTOCHROMIQUES- 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

CLASSE 2

CLASSE 3

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 priviléges 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 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 desdits 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.