



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 : ..... Classe 1

NOM DE L'EMPLOYEUR : ..... AIR SENE GAL SA

ADRESSE : ..... DAKAR, Guediawaye

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

<p>Nom : CISSE          Prénom : MOHAMED ABDALLAH          Nationalité : Sénégalaise Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M          Né(e) le : 18/01/1996 à : DAKAR          Lieu et date de l'examen médical : AMS DAKAR, le 25/07/2025          Adresse : DAKAR, GUEDIWAYE, CHEIKH WANE, V1093          Téléphone : 77-449-76-84 email : mchess @outlook.com          Profession/activité : Eleve Pilote          Situation de famille : Célibataire</p>	<p><b>Activité(s) pratiques</b></p> <p><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)</p> <p>Aérodrome : Base Ecole de THIES</p> <p>Activités aériennes antérieures : Heures de vol : 170H</p>
--	--

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

Si OUI : Date : 12/12/2024 Lieu : AMS DAKAR 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 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"/>	

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 ?		
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.

Date et signature du personnel aéronautique

Le 25/07/2025

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

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 : <b>CISSE</b>	Prénoms : <b>Mohamed Abdallah</b>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <b>18/01/1996</b>			
(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 <b>187</b>	(203) Poids kg <b>82</b>	(204) Yeux couleur <b>Nella</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg <b>132 93</b>	(207) Pouls au repos Systolique <b>77</b>
					Diastolique <b>77</b>	Pulsations Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <b>Regulier</b>

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<b>✓</b>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<b>✓</b>	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<b>✓</b>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<b>✓</b>	
(210) Nez, sinus	<b>✓</b>		(220) système génito-urinaire	<b>✓</b>	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<b>✓</b>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<b>✓</b>	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<b>✓</b>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<b>✓</b>	
(213) Yeux - pupilles	<b>✓</b>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<b>✓</b>	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<b>✓</b>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<b>✓</b>	
(215) Poumons, thorax, seins	<b>✓</b>		(225) Psychiatrie	<b>✓</b>	
(216) Cœur	<b>✓</b>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<b>✓</b>	
(217) Système vasculaire	<b>✓</b>		(227) Etat général	<b>✓</b>	
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire	<b>EP Adr Sénégal 8A (Ecole Normale d'Air), 21 ans, celibataire sans enfant + tabac = o Alcool = o Sport +, Nictus o</b>				

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	<b>✓</b>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<b>✓</b>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<b>✓</b>	Corrigée à	
(230) Vision intermédiaire			Sans correction      Avec correction
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui Non
Œil droit	<b>✓</b>		
Œil gauche	<b>✓</b>		
Vision binoculaire	<b>✓</b>		

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG	<b>✓</b>	10/06/2017	X	
(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
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>	
Vison 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
(313) Perception des couleurs		Normale <input checked="" type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
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'examinateur		Oreille droite	Oreille gauche
Oreille droite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Oreille gauche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
<i>Gly = 0,72 -</i>			
VEMS/CV %	Peack 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"/>	
<i>10,2</i>			

(248) commentaires, limitations :

*Applé clair 1 → 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  
3, Av. des Ambassades  
DAKAR SENEGAL*

Cachet et signature

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

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 :

*Applé*

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 :

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 checked="" type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------------------

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-03-A</b>	
	<b>CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE</b>	Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

<b>CATEGORIES</b>		
<b>CLASSE 1</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>CLASSE 2</b> <input type="checkbox"/>	<b>CLASSE 3</b> <input type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **MOHAMED ABDALLAH CISSE**.....

Né(e) le : **18/01/1996** à DAKAR Age : **...29 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 : **25/07/25**

Limite de validité : **31/07/26** Durée de validité : **1 AN**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

**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*