

 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 : BAT 2 Route du King Fahd

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : DIA Prénom : EL HADJI ABDIUL YAYA Nationalité : Sénégalaise Né(e) le : 22/09/1999 à : Dakar Lieu et date de l'examen médical : AMS le 26/07/2025 Adresse : Cité Biagui Téléphone : 22 36 12 58 email : abdouldia999@gmail.com Profession/activité : Eleve Pilote Situation de famille : Célibataire	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 : GOOT Activités aériennes antérieures : Heures de vol : 222H
---	---

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

Si OUI : Date : 12/12/26 Lieu : AMS Nom du médecin : Correa Patrick

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		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	Œil : choc, maladies, troubles visuels	X	
12	Vertiges, pertes de connaissance	X	
13	Migraines	X	

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		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	Etes-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		

Date et signature du personnel aéronautique

26/07/2025



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 : DIA	Prénoms : El Hadji Abdoul Yaya		Date de naissance 22-09-1999 (JJ/MM/AAAA):												
(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 177		(203) Poids kg 66		(204) Yeux couleur Nature		(205) Cheveux couleur Wair		(206) Tension artérielle (assis) mmHg 134		(207) Pouls au repos Systolique 86		(208) Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier	

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
**EP Air Senegal SA, 26 ans, Célib. sans enf., PVC Télos = 0
 ECG / tachycardie régulière + HVG]**

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		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			X	
Œil gauche			X	
Vision binoculaire			X	

Glucose	Protéines	Sang	Autres
cl	o	~	

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238)ECG	cl			

(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

<p>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</p>		RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL				SN-SEC-MED-FORM-02-A											
(231) de près		Sans correction		Avec correction		(244) Divers (Sujet ?)											
N5 lu à 30 - 50cm		Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Œil droit				X		(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude											
Œil gauche				X													
Vison binoculaire				X													
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact						Avis : _____ Nom : _____									
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>						Signature :  								
Type :		Type :															
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter													
(313) Perception des couleurs		Normale <input checked="" type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>						(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé									
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA															
Nombre de tables présentées		Nombre d'erreurs 20															
(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis si 239/241 non réalisé)		Oreille droite	Oreille gauche						APTÉ pour la classe : <input checked="" type="checkbox"/>								
		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						INAPTE pour la classe : <input type="checkbox"/>								
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						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 : _____					
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine															
		<i>Cg = 0,83 dl</i>															
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 type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>												
(248) commentaires, limitations : <i>Pant Canctue ophtalmique</i>		(238) <i>BCO = Antécédent RAS</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		Nom et adresse du médecin agréé						Cachet et signature									
24-07-2025		Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL															

 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 ABDOUL YAYA DIA.....**

Né(e) le : **22/09/1999** à DAKAR Age : ... **25 ANS.....**

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

REOND..... (Préciser REOND ou NE REOND 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 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.