



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 :** AIA SENEGAL SA

**ADRESSE :** YOUNGBEL NORD

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : DIOP Prénom : MOUSTAPHA Nationalité : SENEGA LAISEE Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : 30 / 12 / 1955 à : Lieu et date de l'examen médical : ANS, 25/07/2025 Adresse : Fann Présidence, face ambassade Portugal Téléphone : 22 883 74 36 email : mudiq8644@gmail.com Profession/activité : Elève Pilote Situation de famille : Célibataire sans enfant	<b>Activité(s) pratiques</b> <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 : Base Ecole de Thies Activités aériennes antérieures : Heures de vol : 155H 26
--	---

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

Si OUI : Date : 12 / 12 / 2024 Lieu : ANS Nom du médecin : DR - Correa

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 précisions sur les réponses « OUI »

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

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		✓
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		✓
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		✓
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		✓
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		✓
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		✓
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		✓
21	Consommez-vous de l'alcool ?		✓
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		✓
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		✓
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

25/07/2025

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>DIOU</b>	Prénoms : <b>Noustapha</b>		Date de naissance <b>30/12/1999</b> (JJ/MM/AAAA):	
(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille cm <b>170</b>	(203) Poids kg <b>64</b>	(204) Yeux couleur <b>Nombre</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>
		(206) Tension artérielle (assis) mmHg <b>130 / 76</b>		(207) Pouls au repos Systolique      Diastolique      Pulsations      Rythme <b>43</b> <input checked="" type="checkbox"/> irrégulier <input type="checkbox"/> régulier

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, tympans, 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	<b>EP Air Sénégal SA (Ecole Nationale de l'Air), 2500, colonne 3000, phénomène de l'air, Thorax, Spine, Muscle, Articulation</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

Glucose	Protéines	Sang	Autres
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Œil droit sans correction	<b>10</b>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<b>10</b>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<b>10</b>	Corrigée à		

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		<b>25/07/15 X</b>		

(230) Vision intermédiaire Sans correction Avec correction

(239) Audiogramme			
(240) Examen Ophtalmologique			
(241) Examen ORL			
(242) Lipides sanguins			
(243) Fonctions respiratoires			
(320) Tonométrie G :			

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"/>			

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>				SN-SEC-MED-FORM-02-A	
	<b>RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL</b>				Date d'application : 10/06/2017	Page <b>2 sur 2</b>

<p>(231) <b>de près</b></p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">N5 lu à 30 – 50cm</td> <td colspan="2">Sans correction</td> <td colspan="2">Avec correction</td> </tr> <tr> <td>Oui</td> <td>Non</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> </table> <p>Œil droit <i>4</i></p> <p>Œil gauche <i>5</i></p> <p>Vision binoculaire <i>8</i></p>				N5 lu à 30 – 50cm	Sans correction		Avec correction		Oui	Non	Oui	Non	D : mmHg				
N5 lu à 30 – 50cm	Sans correction		Avec correction														
	Oui	Non	Oui	Non													
				(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 :												
				<i>Apé</i>  <b>Dr Patrick CORREA</b> Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°1857 - FAA-00773													
				(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé													
				<input checked="" type="checkbox"/> <b>APTE pour la classe :</b> <input type="checkbox"/> <b>INAPTE pour la classe :</b> <input type="checkbox"/> <b>Remis pour une évaluation complémentaire</b> 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 :													
				<b>Champ d'application du certificat</b>	<b>Classe 1</b>	<b>Classe 2</b>	<b>Classe 3</b>										
<p>(236) <b>Fonction respiratoire</b></p> <p><i>Oxy = 96%</i></p> <table border="1"> <tr> <td>VEMS/CV %</td> <td>Peack Flow (l/min)</td> <td>(g/dl)</td> </tr> <tr> <td>Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/></td> <td>Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/></td> <td>Normal <i>11</i>, Anormal <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>(237) <b>Hémoglobine</b></p>				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 <i>11</i> , Anormal <input type="checkbox"/>	<i>d</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
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 <i>11</i> , Anormal <input type="checkbox"/>															
<p>(248) <b>commentaires, limitations :</b></p> <p><i>Apté classe 1 -&gt; 31-07-2026</i></p>																	
<p>(249) <b>Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé</b></p> <p>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.</p>																	
<p>(250) Lieu et date</p> <p><i>25-07. 2025</i></p>		Nom et adresse du médecin agréé <i>Dr PATRICK CORREA</i> <i>3, Av. des Ambassades</i> <i>DAKAR SENEGAL</i>			Cachet et signature  <b>Dr Patrick CORREA</b> Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°1857 - FAA-00773												

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

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

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **MOUSTAPHA DIOP.....**

Né(e) le : **30/12/1999** à **DIOURBEL** 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.

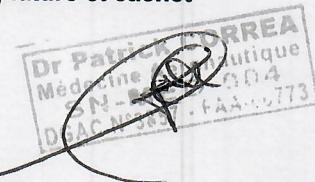
Date de l'examen : **25/07/25**

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 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.*