

 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, entrée du King Fahd

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom: DIOUF Prénom: MBAYE Nationalité: SÉNÉGALAISE Né(e) le: 10/01/1993 à: BAMBEY SERÈRE Lieu et date de l'examen médical: AMS le 24/07/2025 Adresse: KEUR NASSAR Téléphone: 77-881-14-22 email: Dioufmbaye89@gmail.com Profession/activité: ÉLÈVE PILOTE Situation de famille: Marié	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): centre Aérodrome: GDOT Activités aériennes antérieures: Instruction Heures de vol: 166
--	---

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: PATRICK 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	<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 Oeil : 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 Êtes-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 ?	<input type="checkbox"/>	
25 Autres	<input type="checkbox"/>	

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

le 24/07/2025



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
RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

SN-SEC-MED-FORM-02-A

Date
d'application :
10/06/2017

Page
1 sur 2

NOM : DISUF	Prénoms : Mbaye	Date de naissance (jj/MM/AAAA): 10/01/1993							
(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 183	(203) Poids kg 75	(204) Yeux couleur Noron	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg 139	(207) Pouls au repos Systolique 83	Diastolique 73	Pulsations 83	Rythme <input checked="" type="checkbox"/> Irrégulier <input 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 ayant chaque commentaire				
EP Air Seulement SAC Echec Armee Air 32 ans Non sous antihypertensif				

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
0	0	0	

Œil droit sans correction	10	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à		

Rapport annexés	Non réalisée	Date	Normal	Anormal
(238)ECG	enf/105			g

(230) Vision intermédiaire	Sans correction	Avec correction
N14 lu à 100cm	Oui	Non

(238)ECG	
(239) Audiogramme	

Œil droit	X		
Œil gauche	X		
Vision binoculaire	X		

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



FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
2 sur 2

(231) de près N5 lu à 30 – 50cm		Sans correction		Avec correction	
		Oui	Non	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"/> Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	
(313) Perception des couleurs		Normale <input checked="" type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>			
Tables pseudo-isochromatiques Nombre de tables présentées		Type ISHIHARA Nombre d'erreurs			
(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'examineur		Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>		
Non <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Audiométrie éventuelle					
Hz	500	1000	2000	3000	4000
Oreille droite					
Oreille gauche					
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine $Gly = 0,88$			
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 type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> $10,1$			
(248) commentaires, limitations : <p style="margin-left: 20px;"><i>Apté classe 1 - 31-10-2026</i></p>					
(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé <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>					
(250) Lieu et date $24-07-2025$		Nom et adresse du médecin agréé <i>Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL</i>		Cachet et signature <i>SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773</i>	

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 :
<i>Apté</i>	<i>Dr Patrick CORREA</i> Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773
Signature :	

(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"/>
-----------------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------------------





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 : **MBAYE DIOUF.....**

Né(e) le : **10/01/1993** à **BAMBEY SERERE** Age : ... **32 ANS.....**

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

REOND..... (Préciser REOND ou NE REOND PAS)

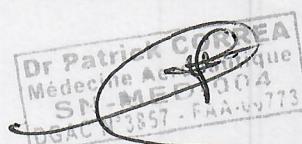
Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des priviléges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

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 :

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.