

|   |   |                             |                                    |
|---|---|-----------------------------|------------------------------------|
| <br><b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b> | <b>FORMULAIRE</b>   | <b>SN-SEC-MED-FORM-01-A</b> |                                    |
|   | <b>EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE</b> |                             | Date d'application :<br>10/09/2018 |

**TYPE DE PERSONNEL** : ..... PNT

**CLASSE** : ..... 1

**NOM DE L'EMPLOYEUR** : ..... AIR SENECAIS, A

**ADRESSE** : ..... Bat 2 Route du King Fahd

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

|  |   |  |
|--|---|--|
| Nom : <u>DIOP</u><br>Prénom : <u>Cheikh Anta</u><br>Nationalité : <u>SENEGALAISE</u><br>Né(e) le : <u>30/10/1997</u> à : <u>DAKAR</u><br>Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS le 24/10/2025</u><br>Adresse : <u>Yeambeul, DAKAR, SENE GAL</u><br>Téléphone : <u>78 630 8878</u> email : <u>cheikhanfadiop33@gmail.com</u><br>Profession/activité : <u>Elève Pilote</u><br>Situation de famille : <u>Celibataire</u> | Activité(s) pratiques<br><input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur<br><input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon<br><input type="checkbox"/> Autres précisez : .....<br>Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) <u>Centre</u><br>Aérodrome : <u>GOOT</u><br>Activités aériennes antérieures : <u>Instruction</u><br>Heures de vol : <u>221H 45mn</u> |  |
|  | Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON<br>Si OUI : Date : <u>05/12/2024</u> Lieu : <u>AMS</u> Nom du médecin : <u>PATRICK CORREA</u><br>Vous avez été déclaré : <input checked="" type="checkbox"/> Apté <input type="checkbox"/> 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 précisant 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15                                 | Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16                                 | Avez-vous eu un accident dans le passé ?                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17                                 | Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18                                 | Etes-vous un consommateur de tabac ?                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19                                 | Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20                                 | Faites-vous usage de drogues illicites ?                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21                                 | Consommez-vous de l'alcool ?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22                                 | Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23                                 | Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pour les candidates :              |   |                                     |                          |
| 24                                 | Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?                     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 25                                 | Autres  | <input type="checkbox"/>            | <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 tests 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

24/10/2025



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 :  | DIOP            |                | Prénoms : CHEIKH ANTA |                       | Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 30/10/1997 |             | Lieu de naissance : BAKAR |  |
| (201) Catégorie d'examen                           | (202) Taille cm | (203) Poids kg | (204) Yeux couleur    | (205) Cheveux couleur | (206) Tension artérielle (assis) mmHg      |             | (207) Pouls au repos      |  |
|  |                 |                |                       |                       | Systolique                                 | Diastolique | Pulsations                | Rythme   |
| <input type="checkbox"/> Initial                   | 185             | 71             | Nor                   | Nor                   | 130  | 81          | 71                        | <input checked="" type="checkbox"/> Irrégulier |
| <input type="checkbox"/> Prorogation               |                 |                |                       |                       |  |             |                           | <input type="checkbox"/> régulier              |
| <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement |                 |                |                       |                       |  |             |                           |  |
| <input type="checkbox"/> Recours spécial           |                 |                |                       |                       |  |             |                           |  |

| 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   | X  |         | (219) Anus, rectum (si nécessaire)                       | +      |         |
| (210) Nez, sinus  | +  |         | (220) système génito-urinaire                            | +      |         |
| (211) Oreilles, tympans, compliance tympanique  | +  |         | (221) Système endocrinien, thyroïde                      | X      |         |
| (212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels  | +  |         | (222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations    | X      |         |
| (213) Yeux - pupilles   | +  |         | (223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique | X      |         |
| (214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus   | +  |         | (224) Examen neurologique- réflexes etc                  | +      |         |
| (215) Poumons, thorax, seins  | +  |         | (225) Psychiatrie  | X      |         |
| (216) Cœur  | +  |         | (226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique   | X      |         |
| (217) Système vasculaire  | +  |         | (227) Etat général                                       | X      |         |
| (228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire | EP Air Sénégal SA (Ecole Armée Air) à Dakar sous 24h Tabac = 0 Alcool = 0 Sport + Reht = 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 |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |        |

Rapport annexés Non réalisé Date Normal Anormal

|                                     |   |            |  |  |
|-------------------------------------|---|------------|--|--|
| Œil droit sans correction           | 8 | Corrigée à |  |  |
| Œil gauche sans correction          | 8 | Corrigée à |  |  |
| Vision binoculaire, sans correction | 9 | Corrigée à |  |  |

(230) Vision intermédiaire

Sans correction      Avec correction

N14 lu à 100cm

Oui Non Oui Non

Œil droit

Œil gauche

Vision binoculaire

|                               |                                     |                                     |
|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| (238) ECG                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (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   |   | <input checked="" type="checkbox"/> Oui                                       | <input type="checkbox"/> Non                | <input type="checkbox"/> Oui    | <input type="checkbox"/> Non                |
| Œil droit   |   | 2   |   |                                 |   |
| Œil gauche  |   | 5   |   |                                 |   |
| Vison binoculaire   |   | 8   |   |                                 |   |
| (232) Lunettes  |   | (233) Lentilles de contact  |   |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Oui  | <input checked="" type="checkbox"/> Non     | <input type="checkbox"/> Oui  | <input checked="" type="checkbox"/> Non     |                                 |   |
| Type :  |   | Type :  |   |                                 |   |
| réfraction  | Sph   | Cylindre  | Axe   | Ajouter                         |   |
|   |   |   |   |                                 |   |
|   |   |   |   |                                 |   |
| (313) Perception des couleurs   |   | Normale <input checked="" type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> |   |                                 |   |
| Tables pseudo-isochromatiques<br>Nombre de tables présentées                                |   | Type ISHIHARA<br>Nombre d'erreurs 0   |   |                                 |   |
| (234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis<br>(si 239/241 non réalisé) |   | Oreille droite  |   | Oreille gauche                  |   |
| Test de voix de conversation perçue à 2m<br>le dos tourné vers l'examineur                  |   | <input checked="" type="checkbox"/> Oui                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Oui     | <input type="checkbox"/> Non    | <input type="checkbox"/> Non                |
| Audiométrie éventuelle  |   |   |   |                                 |   |
| Hz  | 500   | 1000  | 2000  | 3000                            | 4000  |
| Oreille droite  |   |   |   |                                 |   |
| Oreille gauche  |   |   |   |                                 |   |
| (236) Fonction respiratoire   |   | (237) Hémoglobine   |   |                                 |   |
| <i>Glyc = 0,82</i>  |   |   |   |                                 |   |
| VEMS/CV %   | Peak Flow (l/min)                           |   | (g/dl)                                      |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Normal   | <input checked="" type="checkbox"/> Anormal | <input type="checkbox"/> Normal   | <input checked="" type="checkbox"/> Anormal | <input type="checkbox"/> Normal | <input checked="" type="checkbox"/> Anormal |

(248) commentaires, limitations :

*Apté clercs - 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

*94-07-2025*

Nom et adresse du médecin agréé

*Dr Patrick CORREA  
3, Av. des Ambassades  
DAKAR SENEGAL*

Cachet et signature

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



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 : **CHEIKH ANTA DIOP**.....

Né(e) le : **30/10/1997** à DAKAR Age : ... 27 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.*