

 <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 : 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 : <b>CAMARA</b> Prénom : <b>Papa Ousmane</b> Nationalité : <b>Sénégalaise</b> Né(e) le : <b>30/07/1995</b> à : <b>DAKAR</b> Lieu et date de l'examen médical : <b>AMS, le 24/07/2025</b> Adresse : <b>DAKAR, Parcelles Anciennes U13</b> Téléphone : <b>76 168 77 90</b> email : <b>papaousmane.camara123@gmail.com</b> Profession/activité : <b>ELEVE PILOTE</b> Situation de famille : <b>Célibataire</b>	<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) <b>Centre</b> Aérodrome : <b>G00T</b> Activités aériennes antérieures : <b>Instruction</b> Heures de vol : <b>219 H</b>
---	--

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 : **Dr Patrick 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 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	Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>
12	Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>
13	Migraines		<input checked="" type="checkbox"/>

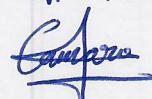
Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		<input checked="" type="checkbox"/>
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		<input checked="" type="checkbox"/>
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<input checked="" type="checkbox"/>
17	Avez-vous subi une intervention 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 illégales ?		<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 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

**le 24/07/2025**



Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) : **22 : Astigmatisme**  
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date  
d'application :  
10/06/2017

Page  
1 sur 2

NOM : <b>CAMARA</b>		Prénoms : <b>Papa Ousmane</b>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): <b>30/07/1995</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  <b>189</b> cm	(203) Poids  <b>69</b> kg	(204) Yeux couleur  <b>Normal</b>	(205) Cheveux couleur  <b>Normal</b>	Lieu de naissance : <b>DAKAR</b>	
					(206) Tension artérielle (assis) mmHg  <b>133</b>	(207) Pouls au repos  <b>93</b> Pulsations <b>70</b> Rythme  <input checked="" type="checkbox"/> Ir régulier <input type="checkbox"/> régulier	

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	✗		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	✗
(210) Nez, sinus	✗		(220) système génito-urinaire	✗
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	✗		(221) Système endocrinien, thyroïde	✗
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	✓		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	✓
(213) Yeux - pupilles	✗		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	✗
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	✗		(224) Examen neurologique- réflexes etc	✗
(215) Poumons, thorax, seins	✗		(225) Psychiatrie	✗
(216) Cœur	✗		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	✗
(217) Système vasculaire	✗		(227) Etat général	✗

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

*EP Air Sénégal 31 (Ecole Armée Air), 23 ans, ccc, b-d-jut  
Astigmatisme, E CS OPT > 20m -> CS OPT demandé  
EGL/HVG sans résultat, lequel*

*3put- +  
Tabac = 0  
Alcool = 0  
Néctane = 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	
Œil droit sans correction	9/10	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	9/10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	9/10	Corrigée à	
(230) Vision intermédiaire		Sans correction	Avec correction
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui Non
Œil droit	✓		
Œil gauche	✗		
Vision binoculaire	✗		

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG	20/06/15			✗
(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
		Oui	Non
Œil droit	X		
Œil gauche	X		
Vison binoculaire	X		

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Type :		Type :		
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs		Normale <input checked="" type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA	Nombre de tables présentées	Nombre d'erreurs

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)		Oreille droite	Oreille gauche
(si 239/241 non réalisé)		Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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"/>		

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine		
VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	14,7 (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 :					
-----------------------------------	--	--	--	--	--

(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	
--------------------	--	---------------------------------	--	---------------------	--

24-07-2015	DAKAR SENEGAL
------------	---------------

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 :
<p><i>Apé</i></p> <div style="text-align: right;">  <p>Dr. Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773</p> </div>	

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

<input checked="" type="checkbox"/> APTE pour la classe :
<input type="checkbox"/> INAPTE pour la classe :
<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 :

Champ d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p><i>Apé classe 1 → 31-07-2015</i></p>	
---	--

 <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 : **PAPA OUSMANE CAMARA**

Né(e) le : **30/07/1995** 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 : **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.*