



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 : Eleve Pilote

CLASSE : 1

NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENECAI

ADRESSE : NORD FOIRE

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

| | | |
|---|---|--|
| Nom : MBoup Prénom : FALLOU Nationalité : SÉNÉGALAISE Né(e) le : 05 / 08 / 1996 à : DAKAR Lieu et date de l'examen médical : AMS DAKAR SÉNÉGAL Adresse : DAKAR Téléphone : 775910420 email : falloumboup5@gmail.com Profession/activité : ELEVE PILOTE Situation de famille : CELIBATAIRE | 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 : Base Ecole de l'Air Activités aériennes antérieures : Vol d'instruction Heures de vol : 159 | |

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

Si OUI : Date : 12/07/2014 Lieu : AMS DAKAR 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 | <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"/> | <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 Êtes-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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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

25/07/2015

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 : MBOUY

Prénoms : Fallou

Date de naissance 05-08-1998
(jj/MM/AAAA):
Lieu de naissance : Dakar

| (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 <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | 183 | 83 | Normau | Noir | 139 | 80 | 74 | <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" 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 | F.P à l'air sec gel 30 (Ecole Guinéenne de l'Aéronautique) 28-3 Celsius température sans effet Tolue = 0 Alcool = 0 Spirit = 0 Ndc = 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 | 10 | Corrigée à | | |
| Œil gauche sans correction | 10 | Corrigée à | | |
| Vision binoculaire, sans correction | 10 | Corrigée à | | |

(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 |
|---------|-----------|------|--------|
| 0 | 0 | 0 | |

| | | | | |
|-----------------|--------------|------|--------|---------|
| Rapport annexés | Non réalisée | Date | Normal | Anormal |
| (238) ECG | 25/07/10 | X | | |

| | | |
|------------------------------|--|--|
| (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 |
| 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"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input checked="" 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 20 | | Nombre d'erreurs 0 | |
| (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'examinateur | | Oui <input checked="" type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | Non <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Audiométrie éventuelle | | | |
| Hz | 500 | 1000 | 2000 |
| Oreille droite | | | 3000 |
| Oreille gauche | | | 4000 |
| | | | 6000 |
| (236) Fonction respiratoire | | (237) Hémoglobine | |
| <i>Gly = 0,75</i> | | | |
| VEMS/CV % Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Peack Flow (l/min) Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | (g/dl) Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | |

(248) commentaires, limitations :

Appr classe 1 -> 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

25-07-2025

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*

| | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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>Appli</i> | |
| 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 <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 : **FALLOU MBOUP**

Né(e) le : **05/08/1996** à DAKAR Age : **... 28 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 : **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 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.