


|   |   |                                    |                 |
|---|---|------------------------------------|-----------------|
| <br>Agence Nationale de l'Aviation<br>Civile et de la Météorologie | FORMULAIRE  | SN-SEC-MED-FORM-01-A               |                 |
|   | EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL<br>DE L'AERONAUTIQUE CIVILE | Date d'application :<br>10/09/2018 | Page<br>1 sur 1 |

TYPE DE PERSONNEL : Eleve Pilote  
 CLASSE : 1  
 NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL  
 ADRESSE : NORD FOIRE

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

|   |  |
|---|--|
| Nom : <u>MBROUP</u><br>Prénom : <u>FALLOU</u><br>Nationalité : <u>SENEGALAISE</u><br>Né(e) le : <u>05/08/1996</u> à : <u>DAKAR</u><br>Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS DAKAR SENEGAL</u><br>Adresse : <u>DAKAR</u><br>Téléphone : <u>75910420</u> email : <u>falloumbroup5@gmail.com</u><br>Profession/activité : <u>ELEVE 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)<br>Aérodrome : <u>Base Ecole de THIES</u><br>Activités aériennes antérieures : <u>vol d'instruction</u><br>Heures de vol : <u>159</u> |
|---|--|

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

Si OUI : Date : 12/12/2024 Lieu : AMS DAKAR Nom du médecin : Dr CORREA

Vous avez été déclaré : ☒ Apte ☐ Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? ☐ OUI ☒ NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

|    | OUI | NON                                 |
|----|-----|-------------------------------------|
| 1  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |

|    | OUI | NON                                 |
|----|-----|-------------------------------------|
| 14 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 17 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 18 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 19 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 20 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 21 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 22 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 23 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 24 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 25 |     | <input checked="" 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 testés en vigueur.  
 Toutes 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-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :  
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :



|  |                                 |  |                                    |                 |
|--|---------------------------------|--|------------------------------------|-----------------|
| <br><b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b> | <b>FORMULAIRE</b>               |  | <b>SN-SEC-MED-FORM-02-A</b>        |                 |
|  | <b>RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL</b> |  | Date d'application :<br>10/06/2017 | Page<br>1 sur 2 |

|  |                    |                         |                    |  |  |                                  |   |
|--|--------------------|-------------------------|--------------------|--|--|----------------------------------|---|
| NOM : <b>MBoup</b>   |                    | Prénoms : <b>Fallou</b> |                    | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <b>05-08-1998</b> |  | Lieu de naissance : <b>Dakar</b> |   |
| (201) Catégorie d'examen<br><input type="checkbox"/> Initial<br><input type="checkbox"/> Prorogation<br><input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br>cm | (203) Poids<br>kg       | (204) Yeux couleur | (205) Cheveux couleur                              | (206) Tension artérielle (assis)<br>mmHg |                                  | (207) Pouls au repos  |
|  | <b>183</b>         | <b>83</b>               | <b>Normal</b>      | <b>Noir</b>  | Systolique : <b>138</b>                  | Diastolique : <b>80</b>          | Pulsations : <b>44</b><br><input type="checkbox"/> irrégulier<br><input checked="" 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.

**FP Air 200gol 3A (Ecole d'Aviation de l'ANAC) 28 ans célibataire sans enfants**  
**Talve = 0 Alcool = 0 Spru + Nict 20**

**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/Contact |  |
|-------------------------------------|-----------|------------------|--|
| 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       |  |


| (230) Vision intermédiaire | Sans correction                     |     | Avec correction |     |
|----------------------------|-------------------------------------|-----|-----------------|-----|
|                            | Oui                                 | Non | Oui             | Non |
| N14 lu à 100cm             |                                     |     |                 |     |
| Œil droit                  | <input checked="" type="checkbox"/> |     |                 |     |
| Œil gauche                 | <input checked="" type="checkbox"/> |     |                 |     |
| Vision binoculaire         | <input checked="" type="checkbox"/> |     |                 |     |

| Glucose  | Protéines | Sang     | Autres |  |
|----------|-----------|----------|--------|--|
| <b>0</b> | <b>0</b>  | <b>0</b> |        |  |

| Rapport annexés               | Non réalisé | Date            | Normal                              | Anormal |
|-------------------------------|-------------|-----------------|-------------------------------------|---------|
| (238) ECG                     |             | <b>25/07/20</b> | <input checked="" type="checkbox"/> |         |
| (239) Audiogramme             |             |                 |                                     |         |
| (240) Examen Ophtalmologique  |             |                 |                                     |         |
| (241) Examen ORL              |             |                 |                                     |         |
| (242) Lipides sanguins        |             |                 |                                     |         |
| (243) Fonctions respiratoires |             |                 |                                     |         |
| (320) Tonométrie G :          |             |                 |                                     |         |





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

|  |     |  |     |                 |     |
|--|-----|--|-----|-----------------|-----|
| (231) <b>de près</b>   |     | Sans correction  |     | Avec correction |     |
| N5 lu à 30 – 50cm  |     | Oui  | Non | Oui             | Non |
| Œil droit  |     | <input checked="" type="checkbox"/>                                  |     |                 |     |
| Œil gauche   |     | <input checked="" type="checkbox"/>                                  |     |                 |     |
| Vison binoculaire  |     | <input checked="" type="checkbox"/>                                  |     |                 |     |
| (232) <b>Lunettes</b>  |     | (233) <b>Lentilles de contact</b>                                    |     |                 |     |
| 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         |     |
|  |     |  |     |                 |     |
|  |     |  |     |                 |     |

|                        |                          |  |                          |                          |
|------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| D : mmHg               |                          |  |                          |                          |
| (244) Divers (Sujet ?) | <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 :  |
|  | Signature :  |
|  |  |

(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>          |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(313) **Perception des couleurs** Normale ☒ Anormale ☐

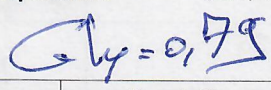
|                                |                    |
|--------------------------------|--------------------|
| Tables pseudo-isochromatiques  | Type ISHIIHARA     |
| Nombre de tables présentées 20 | Nombre d'erreurs 0 |

(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'examineur | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input checked="" 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)  | (g/dl)  |
| Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>                    | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> |

(248) **commentaires, limitations :**

*Ap te cluse 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 | Nom et adresse du médecin agréé                             | Cachet et signature   |
| 25-07-2025         | Dr Patrick CORREA<br>3, Av. des Ambassades<br>DAKAR SENEGAL |  |



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

  
**Dr Patrick CORREA**  
 Médecin Agence Nationale de l'Aviation Civile  
 SN-MED-004  
 DGAC N° 3857 FAA-00773

*Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges 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 privilèges.*

*Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur 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 sus-mentionnée.*