 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 : 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 : <u>THIAM</u> Prénom : <u>Ndeye Rocky</u> Nationalité : <u>Senegalaise</u> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>26/02/2001</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS le 24/07/2025</u> Adresse : <u>Grand Yoff Taïba II n° 133</u> Téléphone : <u>77 550 51 00</u> email : <u>ndeyerackythiam@esp.sn</u> Profession/activité : <u>Eleve pilote</u> Situation de famille : <u>Célibataire</u>	<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) <u>Centre</u> Aérodrome : <u>COOT</u> Activités aériennes antérieures : <u>Vol Instruction</u> Heures de vol : <u>225 H 56 min</u>
---	--

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

Si OUI : Date : 05/12/24 Lieu : AMS Nom du médecin : Carrea Patrick

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"/>
Pour les candidates :		
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 testes 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

24/07/2025  
Rocky

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



 <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 : 10/06/2017	Page 1 sur 2

NOM : <b>THIAM</b>		Prénoms : <b>Ndeye Racky</b>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <b>26/02/2004</b>		Lieu de naissance : <b>DAKAR</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 cm	(203) Poids kg	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
	<b>171</b>	<b>79</b>	<b>Normen</b>	<b>Ndr</b>	Systolique <b>132</b>	Diastolique <b>72</b>	Pulsations <b>80</b> 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		<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

**EP Air Senegal SA (Ecole Armée de l'Air) Célébration des 25 ans de l'aviation**

**Tubage = 0**  
**Alcool = 0**  
**Tabac = 0**  
**Gut = 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/Contact	
Œil droit sans correction	Corrigée à	<b>7/10</b>	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	<b>8/10</b>	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	<b>9/10</b>	
(230) Vision intermédiaire		Sans correction Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui Non	Oui Non	
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>	
Vison binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>	

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal Anor mal
(238) ECG			<b>26/07/15</b>	<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	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche			<input checked="" type="checkbox"/>	
Vision binoculaire			<input checked="" type="checkbox"/>	
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input 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 :
<i>Impte</i>	
	Signature : <i>[Signature]</i>
	<b>Dr Patrick CORREA</b> Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773

(313) Perception des couleurs Normale ☒ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>20</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)  
(si 239/241 non réalisé)

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oreille droite	Oreille gauche
	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"/>
		<i>10.1</i>

(248) commentaires, limitations : *(247) gph = correction. RAS. Apté classe 1 → 31-07-2026*

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

Je soussigné 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
<i>25-07-2025</i>	<i>3, Av. des Ambassadeurs</i> <b>DAKAR SENEGAL</b>	<b>Dr Patrick CORREA</b> Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773





**Dr Mar Ndiaye**

Ophtalmologiste, chirurgie oculaire

ONMS : B 2087

RACKY THIAM



Fann résidence, Ave Aimé Césaire X rue D (FN23)



77 232 98 98/ 76 599 46 46/ 76 924 19 19 (WhatsApp)

[drmarndiaye@gmail.com](mailto:drmarndiaye@gmail.com)


[www.ophtalmodrmarndiaye.com](http://www.ophtalmodrmarndiaye.com)

## ORDONNANCE DE LUNETTES

ŒIL DROIT : -2.25

ŒIL GAUCHE : (-0.50 à 170)

+ PHOTOCROMIQUES- ANTIREFLETS  
+ PD 63

  
Rapporter l'ordonnance lors de la prochaine consultation



 <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

CATEGORIES		
<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 : **NDEYE RACKY THIAM**.....

Né(e) le : **26/02/2001** à DAKAR Age : **... 24 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 : **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

Dr Patrick CORREA  
Médecin Aéronautique  
SN-MED-004  
DGAC N° 1857 - PAR-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.*