



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 : Aé Sene gal SA

ADRESSE : BAT 2 Route du King Fahd

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : THIAM Prénom : Ndeye Racky Nationalité : Sene galaise Né(e) le : 26/02/2001 à : Dakar Lieu et date de l'examen médical : AMS le 24/07/2025 Adresse : Grand Yoff Taïba II n° 133 Téléphone : 77 050 51 00 email : ndeyeracky.thiam@esp.sn Profession/activité : Élève pilote Situation de famille : Célibataire	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) Centre Aérodrome : COOT Activités aériennes antérieures : Vol Initiation Heures de vol : 225456mn
--	---

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 : Correa Patrick

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		X
2 Taux de cholestérol élevé		X
3 Maladie respiratoire		X
4 Maladies de l'estomac		X
5 Maladies du foie		X
6 Diabète		X
7 Maladies rénales		X
8 Maladies articulaires et du dos		X
9 Maladie thyroïdienne		X
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		X
11 Oeil : choc, maladies, troubles visuels		X
12 Vertiges, pertes de connaissance		X
13 Migraines		X

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14 Troubles du sommeil		X
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		X
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?		X
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		X
18 Êtes-vous un consommateur de tabac ?		X
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		X
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?		X
21 Consommez-vous de l'alcool ?		X
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		X
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		X
Pour les candidates :		
24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		X
25 Autres		X

Date et signature du personnel aéronautique

24/07/2025
Racky

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



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 : THIAM

Prénoms : Ndeye Radie

Date de naissance
(jj/MM/AAAA) : 26/02/2004
Lieu de naissance : DAKAR

(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 171	(203) Poids kg 79	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg 132		(207) Pouls au repos Pulsations 80 Rythme irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier	
					Systolique	Diastolique	Pulsations	Rythme

Examen clinique : Cochez chaque item

	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	X		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	X	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	X		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	X	
(210) Nez, sinus	X		(220) système génito-urinaire	X	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	X		(221) Système endocrinien, thyroïde	X	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	X		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	X	
(213) Yeux - pupilles	X		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	X	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	X		(224) Examen neurologique- réflexes etc	X	
(215) Poumons, thorax, seins	X		(225) Psychiatrie	X	
(216) Cœur	X		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	X	
(217) Système vasculaire	X		(227) Etat général	X	

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

ET Air Senegal SA (Ecole d'aviation de Dakar) Célibataire sans enfant

Tobac =
Alcool =
Doch =
Gout =

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		Corrigée à	7/10	
Œil gauche sans correction		Corrigée à	8/10	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	9/10	

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

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
-----------------	-------------	------	--------	---------

(238) ECG	20/07/15	X
-----------	----------	---

(239) Audiogramme			
-------------------	--	--	--

(240) Examen Ophthalmologique			
-------------------------------	--	--	--

(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			X
Œil gauche			X
Vison binoculaire			X
(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
(313) Perception des couleurs		Normale <input checked="" type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>

Tables pseudo-isochromatiques
Nombre de tables présentées **20** Type ISHIHARA
Nombre d'erreurs **0**

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 239/241 non réalisé)

Oreille droite	Oreille gauche
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Test de voix de conversation perçue à 2m
le dos tourné vers l'examinateur

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 :

Cly - 080P -

(247) gph - correction RAS.

Apté 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**

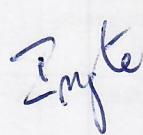
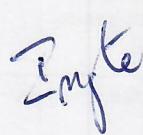
Cachet et signature

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

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

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

(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 : **aphthalme**

Le motif : **correction gph**

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"/>
-----------------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------------------

Dakar, le 24/07/2025



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

www.ophtalmodrmarndiaye.com

ORDONNANCE DE LUNETTES

ŒIL DROIT : -2.25

ŒIL GAUCHE : (-0.50 à 170)

- + PHOTOCHROMIQUES- ANTIREFLETS
- + PD 63


Rapporter l'ordonnance lors de la prochaine consultation



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 : **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 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

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N° 1857 FAI-00773

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.