



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 : RANDOULENE NORD, Thiès

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

<p>Nom : DEMBADIANG Prénom : Fatoumata Fadhra Nationalité : Sénégalaise Né(e) le : 01/09/1999 à : Thiès Lieu et date de l'examen médical : AMS DAKAR / Le 25/07/2025 Adresse : Randoûlène Nord, Thiès Téléphone : 76 125 70 52 email : fdembadiang507@gmail.com Profession/activité : Élève pilote Situation de famille : Célibataire</p>	<p>Activité(s) pratiques</p> <p><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)</p> <p>Aérodrome : Aérodrome de Thiès à la base militaire</p> <p>Activités aériennes antérieures : Heures de vol : 164H49</p>
---	---

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 Cogzaé

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	Œil : 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	Etes-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

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

25/07/2025

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



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
1 sur 2

NOM : NEMBADIANG Prénoms : FATOUMATA FAISSE Date de naissance
(jj/MM/AAAA): 01/09/1999
Lieu de naissance : THIES

(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	167	66	Brown	Nvr	125	75	83	irrégulier

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 sec et sèche (Eccler Arme de l'air) 25 ans, celib. sans enfant, · (212) PVC, Tolérance à l'alcool 30g + Tabac 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/Contac t		
Œil droit sans correction	Corrigée à	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche sans correction	Corrigée à	✓		✓	
Vision binoculaire, sans correction	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	✓	25/07/2017		
(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		
Vision binoculaire			X		
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input 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	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine				

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(g/dl)	
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	10.1	

(248) commentaires, limitations : Particulier optique aphtose → correction optique + reévaluation R&R	
Apté classe 1 → 31-07-2028	

(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 27-07-2025		Nom et adresse du médecin agréé Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet et signature Dr Patrick CORREA Médecine 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 :
 Dr Patrick CORREA Médecine 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 :

Le motif :

aphtose B.AU cancéreux

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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

OPHTAMED

Cabinet d'Ophtalmologie
Cité El hadj Malick Sy, Ouakam
Tél: +221 78 401 41 41



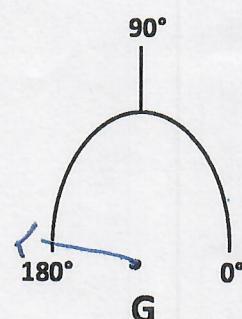
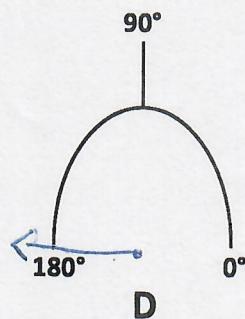
Dakar, le 25-07-25

Prénom et Nom :

Age : 25 ans

Fatoumata Fadera

ORDONNANCE DE LUNETTE



	Axe	Verre Cylindrique	Verre Sphérique	Axe	Verre Cylindrique	Verre Sphérique	Distance Inter pupillaire
Vision éloignée	180°	-2,00	+1,50	180°	-2,00	+1,75	66
Vision de près							

- Unifocaux

- Bifocaux : Progressif

Double foyer

- Photogray

- Anti-reflet





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 : FATOUMATA FADERA DEMBADIANG.....

Né(e) le : 01/09/1999 à THIES Age : ... 25 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 :

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.