

 <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 <b>1 sur 1</b>

CATEGORIES		
CLASSE 1 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **MATEO NABI DEFORGES**

Né(e) le : **30/01/2007** à PARIS 16e Age : **16 ANS**.....

Demeurant : **.....ALMADIES.....**

**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 : **31/10/23**

Limite de validité : **31/10/25** Durée de validité : **2 ANS**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence : .....

**Signature et cachet**

  
**PATRICK CORREA**  
 Médecin Aeronautique  
**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.*



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 : .....

CLASSE : 2 .....

NOM DE L'EMPLOYEUR : .....

ADRESSE : .....

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>Deforges</u> Prénom : <u>Mateo Nabi</u> Nationalité : <u>française</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>30/01/2007</u> à : <u>Paris 16<sup>e</sup></u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 31/10/2023</u> Adresse : <u>Almadico Dakar Senegal</u> Téléphone : <u>761435398</u> email : <u>mateodeforges@icbul.com</u> Profession/activité : Situation de famille :	<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) Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol :
--	--

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

Si OUI : Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Nom du médecin :

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"/>

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		<input checked="" type="checkbox"/>
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input checked="" type="checkbox"/>	
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<input checked="" type="checkbox"/>
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		<input checked="" type="checkbox"/>
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		<input checked="" type="checkbox"/>
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		<input checked="" type="checkbox"/>
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		<input checked="" type="checkbox"/>
21	Consommez-vous de l'alcool ?		<input checked="" type="checkbox"/>
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		<input checked="" type="checkbox"/>
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		<input checked="" type="checkbox"/>
25	Autres		<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 entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

31/10/2023

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

Mal. pathologique rendue dans enfance - suit simpli.



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 : *Deforges* Prénoms : *Mateo Nabin* Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : *30/6/2007*  
Lieu de naissance : *Paris 16ème*

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>176</i> cm	(203) Poids <i>85</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Noir</i>	(205) Cheveux couleur <i>Brun</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <i>110</i> Diastolique <i>80</i>		(207) Pouls au repos Pulsations <i>63</i> Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier	
--	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---	--	--	--

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<i>1</i>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<i>1</i>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<i>1</i>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<i>1</i>		(220) système génito-urinaire	<i>1</i>
(211) Oreilles, tympan, complianc e tympanique	<i>1</i>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<i>1</i>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<i>1</i>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<i>1</i>
(213) Yeux - pupilles	<i>1</i>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<i>1</i>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<i>1</i>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<i>1</i>
(215) Poumons, thorax, seins	<i>1</i>		(225) Psychiatrie	<i>1</i>
(216) Cœur	<i>1</i>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<i>1</i>
(217) Système vasculaire	<i>1</i>		(227) Etat général	<i>1</i>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.  
*Élève Lycée - Candidat EP. Aeroclub I.G. - 16ans - Célib.*

*Talocou:  
Alec =  
Sport 3 qu  
Luy*

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine Normale *1* anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

	Lunettes/Contact			
	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit sans correction	<i>10</i>			
Œil gauche sans correction	<i>10</i>			
Vision binoculaire, sans correction	<i>10</i>			
(230) Vision intermédiaire				
N14 lu à 100cm				
Œil droit	<i>1</i>			
Œil gauche	<i>1</i>			
Vision binoculaire	<i>1</i>			

Glucose	Protéines	Sang	Autres			
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>				
Rapport annexés			Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG				<i>31-10-2013</i>	<i>1</i>	
(239) Audiogramme				<i>31-10-2013</i>	<i>1</i>	
(240) Examen Ophtalmologique				<i>31-10-2013</i>	<i>1</i>	
(241) Examen ORL				<i>31-10-2013</i>	<i>1</i>	
(242) Lipides sanguins				<i>31-10-2013</i>	<i>1</i>	
(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"/>			
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 type="checkbox"/>			
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

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
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

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 %	Peack Flow (l/min)	14,1 (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 :

*Age > 0,55*  
*Apte Pate classe 2 -> 31-10-2025*

(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

*08-11-2023*

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 ?)

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

Avis : *Apte*

Nom : \_\_\_\_\_

Signature : *Patrick Correa*

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 :

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	Classe 2	Classe 3
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>