

 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 : Pilote
CLASSE : 2
NOM DE L'EMPLOYEUR :
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>MEDDEB</u> Prénom : <u>MONCEF</u> Nationalité : <u>Française</u> Né(e) le : <u>04/08/1969</u> Sexe : ☐ F ☒ M à : <u>Dar Chabane El Fehi</u> Lieu et date de l'examen médical : Adresse : <u>Ambassade de France - Doha Tunisie</u> Téléphone : <u>77-1654577</u> Email : <u>meddeb@melix.net</u> Profession/activité : <u>Attaché de coopération</u> Situation de famille : <u>marie</u>		Activité(s) pratiques ☒ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : <u>Aéro club Iba Gueye</u> Activités aériennes antérieures : <u>40h</u> 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 : <u>Dr Luma</u> 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 » <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td>☒</td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td>☒</td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td>☒</td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td>☒</td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td>☒</td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td>☒</td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td>☒</td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td>☒</td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td>☒</td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td>☒</td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td>☒</td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td>☒</td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td>☒</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	1		☒	2		☒	3		☒	4		☒	5		☒	6		☒	7		☒	8		☒	9		☒	10		☒	11		☒	12		☒	13		☒	Répondez aux questions suivantes : <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>14</td><td></td><td>☒</td></tr> <tr><td>15</td><td>☒</td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td></td><td>☒</td></tr> <tr><td>17</td><td></td><td>☒</td></tr> <tr><td>18</td><td></td><td>☒</td></tr> <tr><td>19</td><td></td><td>☒</td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td>☒</td></tr> <tr><td>21</td><td></td><td>☒</td></tr> <tr><td>22</td><td>☒</td><td></td></tr> <tr><td>23</td><td></td><td>☒</td></tr> <tr><td>24</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>25</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	14		☒	15	☒		16		☒	17		☒	18		☒	19		☒	20		☒	21		☒	22	☒		23		☒	24			25		
	OUI	NON																																																																																
1		☒																																																																																
2		☒																																																																																
3		☒																																																																																
4		☒																																																																																
5		☒																																																																																
6		☒																																																																																
7		☒																																																																																
8		☒																																																																																
9		☒																																																																																
10		☒																																																																																
11		☒																																																																																
12		☒																																																																																
13		☒																																																																																
	OUI	NON																																																																																
14		☒																																																																																
15	☒																																																																																	
16		☒																																																																																
17		☒																																																																																
18		☒																																																																																
19		☒																																																																																
20		☒																																																																																
21		☒																																																																																
22	☒																																																																																	
23		☒																																																																																
24																																																																																		
25																																																																																		
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 textes 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																																																																																		
Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) : (Si OUI pour 23 et 25, préciser) :																																																																																		

Date et signature du personnel aéronautique

24 juin 2025


 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 : MEDDEB	Prénoms : Moner	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 04-08-1969 Lieu de naissance : Ben Oulane (P. Feh/ Tunisie)
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille : 171 cm (203) Poids : 76 kg (204) Yeux couleur : bleu (205) Cheveux couleur : blanc	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 116 Diastolique : 78 (207) Pouls au repos Pulsations : 55 Rythme : ☒ régulier

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, tympanes, 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

Pidate PPZ. 55 ans. Remani. & cept.

III = 0.

**Talawa
Aci = 0
Spout = 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	10	
Œil gauche sans correction		Corrigée à	10	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	10	
(230) Vision intermédiaire		Sans correction	Avec correction	
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui
Œil droit				☒
Œil gauche				☒
Vison binoculaire				☒

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal
			24-06-2015	☒
(238) ECG				
(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				d	
Œil gauche				1	
Vison binoculaire				d.	
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui ☒ Non ☐		Oui ☐		Non ☐	
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		
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur		Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐		
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 ☐ Anormal ☐		Normal ☐ Anormal ☐		14,4	
				Cela = 0,82	
(248) commentaires, limitations : PVC. Apte donc de 24-12-2025					
(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 24-06-2025		Nom et adresse du médecin agréé 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL		Cachet et signature Dr Patrick CORREA Médecine Aeronautique SN-MED-004 DGAC 13697 - FAA-00773	

 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 : **MONCEF MEDDEB**

Né(e) le : **04/08/1969** à TUNISIE Age : **55 ANS**.....

Demeurant : **..... AMBASSADE France DAKAR.....**

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.

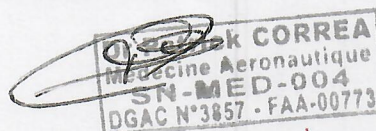
Date de l'examen : **24/06/25**

Limite de validité : **31/12/25** Durée de validité : **...6 MOIS.....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet



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.