

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-01-A</b>	
	<b>EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE</b>	Date d'application : 10/09/2018	Page 1 sur 1

**TYPE DE PERSONNEL** : ..... *Contrôleur Aérien* .....  
**CLASSE** : ..... *3* .....  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : ..... *Arcama* .....  
**ADRESSE** : .....

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

Nom : <i>NOUBO</i> Prénom : <i>JULE ALAIN</i> Nationalité : ..... Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <i>14/02/1991</i> à : <i>BALEVENG (CAMEROUN)</i> Lieu et date de l'examen médical : <i>FANN RESIDENCE 07/10/2024</i> Adresse : <i>BISSAU / GUINEE-BISSAU</i> Téléphone : <i>245.95541896</i> email : <i>JULESNOUBO@GMAIL.COM</i> Profession/activité : <i>CONTROLEUR AERIEN</i> Situation de famille : <i>MARIÉ</i>	<b>Activité(s) pratiques</b> <input 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 : *01/12/2022* Lieu : *DAKAR* Nom du médecin : *PATRICK CORREA*  
 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		<i>x</i>
2		<i>x</i>
3		<i>x</i>
4		<i>x</i>
5		<i>x</i>
6		<i>x</i>
7		<i>x</i>
8		<i>x</i>
9		<i>x</i>
10		<i>x</i>
11		<i>x</i>
12		<i>x</i>
13		<i>x</i>

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

**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 testés 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

  
*07/10/2025*

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



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 : NOUBO

Prénoms : JULE ALAIN

Date de naissance  
(JJ/MM/AAAA): 14/02/1951

Lieu de naissance : BALEVENE/CAMEROUN

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 174 cm	(203) Poids 83 kg	(204) Yeux couleur Bleus	(205) Cheveux couleur Noirs	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 104	Diastolique 64		
					Pulsations 57	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	✓		(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

Créatinine Normal 33 ans. Sans 5 emft.

Tc = 0  
Hc = acc t  
Spnt = ±

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	0	9	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	0	8	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10		
(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit			2	
Œil gauche			1	
Vision binoculaire			2	

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			07/01/2017	✓	
(239) Audiogramme			07/01/2017	✓	
(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					
Œil gauche					
Vison binoculaire					
(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  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>29</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

(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 <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)	(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>14,8</i>
		<i>150-0,97</i>

(248) commentaires, limitations :

*Part caractéristique et fine*

*Après classe 3 → 31-07-2017*

(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	Nom et adresse du médecin agréé	Cachet et signature
<i>13-01-2015</i>	<i>Dr Patrick CORREA</i> 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	<i>Dr Patrick CORREA</i> Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3387 FAA 00773

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>apt</i>	
	Signature : <i>[Signature]</i>

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

APTE pour la classe :  
 NAPTE 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>