

 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 : Piloté
 CLASSE : Aéroclub
 NOM DE L'EMPLOYEUR : Liban
 ADRESSE : Liban

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>Bengeloun</u> Prénom : <u>Abdallah</u> Nationalité : <u>américain</u> Né(e) le : <u>14/01/2008</u> à : <u>Atlanta</u> Sexe : ☐ F ☒ M Lieu et date de l'examen médical : <u>11/01/2024</u> Adresse : <u>Sacré cœur 1</u> Téléphone : <u>77-8097673</u> email : Profession/activité : <u>Étudiant</u> Situation de famille : <u>Celibataire</u>	Activité(s) pratiques ☐ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ 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 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
2 Taux de cholestérol élevé		☒
3 Maladie respiratoire	☒	
4 Maladies de l'estomac		☒
5 Maladies du foie		☒
6 Diabète		☒
7 Maladies rénales		☒
8 Maladies articulaires et du dos		☒
9 Maladie thyroïdienne		☒
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
12 Vertiges, pertes de connaissance		☒
13 Migraines		☒

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

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

Date et signature du personnel aéronautique

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

3- Asthme chronique depuis 5 ans.

 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

NOM : <u>Bengeloun</u>		Prénoms : <u>Abdallah</u>		Date de naissance <u>16/01/2008</u> (JJ/MM/AAAA):		Lieu de naissance : <u>USA Atlanta, Georgia</u>	
(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille <u>176</u> cm	(203) Poids <u>53</u> kg	(204) Yeux couleur <u>Vert</u>	(205) Cheveux couleur <u>Blond</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <u>103</u> Diastolique <u>65</u>		(207) Pouls au repos Pulsations <u>71</u> Rythme ☐ irrégulier ☒ 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.
Elève : Brauchdat EP PP2. 15 ans. Celles ci sont.
Père pilote PP2, Parnieri.

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	<u>10</u>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<u>10</u>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<u>10</u>	Corrigée à	
(230) Vision intermédiaire		Sans correction Avec correction	
N14 lu à 100cm		Oui Non	Oui Non
Œil droit	<u>10</u>		
Œil gauche	<u>10</u>		
Vison binoculaire	<u>10</u>		

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal Anor mal
(238) ECG			<u>11-01 2024</u>	<u>2</u>
(239) Audiogramme			<u>11-01 2024</u>	<u>2</u>
(240) Examen Ophtalmologique			<u>11-01 2024</u>	<u>2</u>
(241) Examen ORL			<u>11-01 2024</u>	<u>2</u>
(242) Lipides sanguins			<u>11-01 2024</u>	<u>2</u>
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				

Rx Parnieri = RAS
EEG = S. pucciniques bilatérales (pareses + eng.)



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		
Vision binoculaire		
(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 Nombre d'erreurs

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

(si 239/241 non réalisés)

Oreille droite	Oreille gauche
Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐

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 %	Peack Flow (l/min)	156 (g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

EEO : S. pavoristiquus
Inapte classe 2.

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

Je soussigné 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

06-02-2024

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 :

Nom :

Signature :

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

☐

☐

☐

 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 :

ABDALLAH BENGELOUN

Né(e) le : **14/01/2008**

à ATLANTA Age : **16 ANS**.....

Demeurant :

.....**SACRE-CŒUR**.....

NE REPOND PAS..... (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.

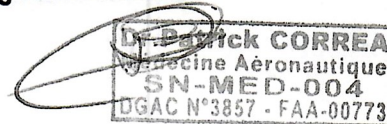
Date de l'examen : **11/01/24**

Limite de validité :

Durée de validité :

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

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, la validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.