

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

**TYPE DE PERSONNEL** : OR GADASI  
**CLASSE** : 2  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : .....  
**ADRESSE** : Village, pott 57

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

Nom : <u>OR</u> Prénom : <u>GADASI</u> Nationalité : ..... Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>05/04/1986</u> à : <u>ISRAEL</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 29/03/2024</u> Adresse : <u>Village, pott 57</u> Téléphone : <u>78-333 17-17</u> email : ..... Profession/activité : <u>Project manager</u> Situation de famille : <u>célibataire</u>	<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 : <u>GOOY</u> Activités aériennes antérieures : ..... Heures de vol : <u>171.3</u>
---	---

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

Si OUI : Date : 17/03/2022 Lieu : ..... Nom du médecin : DR. RAOUK

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 ?		
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 informé 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 entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile**

Date et signature du personnel aéronautique

[Signature] 29/03/2024

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 : *OR* Prénoms : *GADASI* Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : *05/04/1986*  
 Lieu de naissance : *ISRAEL*

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>183</i> cm	(203) Poids <i>78</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Noir</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <i>111</i>	Diastolique <i>71</i>	Pulsations <i>78</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>d</i>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<i>1</i>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<i>d</i>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<i>1</i>		(220) système génito-urinaire	<i>d</i>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<i>d</i>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<i>d</i>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<i>1</i>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<i>1</i>
(213) Yeux - pupilles	<i>d</i>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<i>d</i>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<i>d</i>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<i>1</i>
(215) Poumons, thorax, seins	<i>d</i>		(225) Psychiatrie	<i>d</i>
(216) Cœur	<i>d</i>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<i>1</i>
(217) Système vasculaire	<i>1</i>		(227) Etat général	<i>d</i>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
*Renouvellement de Société. PPL. (2019). 37 ans. Celi. ocell. Tabac. Alq = ac. Spant = ok. IT = 0.*

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

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal / Anormal
(238) ECG			<i>29-03-2014</i>	<i>d</i>
(239) Audiogramme			<i>29-03-2014</i>	<i>d</i>
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL			<i>29-03-2014</i>	<i>d</i>
(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		2			
Œil gauche		2			
Vison binoculaire		2			
(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  
Nombre de tables présentées 20

Type ISHIHARA  
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'examinateur

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)	14,3 (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"/>

Gfc = 0,87

(248) commentaires, limitations :  
Apté classe 1 -> 31-03-2026

(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  
29-03-2026

Nom et adresse du médecin agréé  
Dr Patrick CORREA  
3, Av. d'ambassades  
Dakar SENEGAL

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 :

(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"/>

Cachet et signature

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	<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 1 sur 1

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

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **GADASI OR**

Né(e) le : **05/04/1986** à ISRAEL Age : **37 ANS**

Demeurant : **VIRAGE YOFF 57**

**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 : **29/03/24**

Limite de validité : **31/03/26** Durée de validité : **...2 ANS**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet

  
**Dr. 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.*