

 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 : classe 2

NOM DE L'EMPLOYEUR :

ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>Sari</u> Prénom : <u>Loré</u> Nationalité : <u>Italienne</u> Né(e) le : <u>21/08/2008</u> à : <u>Dakar</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : Adresse : <u>Saly mangh maikhal</u> Téléphone : <u>77-758 08 33</u> email : <u>Lori</u> Profession/activité : Situation de famille :	Activité(s) pratiques <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		X
2		X
3		X
4		X
5		X
6		X
7		X
8		X
9		X
10		X
11		X
12		X
13		X

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

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

21/08/2018
Lori

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 : *Savi* Prénoms : *Loxio* Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : *21 Aout 2008* Lieu de naissance :

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille cm	(203) Poids kg	(204) Yeux couleur <i>Noir</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <i>120</i>	Diastolique <i>70</i>	Pulsations <i>60</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>h</i>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<i>h</i>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<i>h</i>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<i>h</i>		(220) système génito-urinaire	<i>h</i>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<i>h</i>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<i>h</i>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<i>h</i>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<i>h</i>
(213) Yeux - pupilles	<i>h</i>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<i>h</i>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<i>h</i>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<i>h</i>
(215) Poumons, thorax, seins	<i>h</i>		(225) Psychiatrie	<i>h</i>
(216) Cœur	<i>h</i>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<i>h</i>
(217) Système vasculaire	<i>h</i>		(227) Etat général	<i>h</i>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.
*Elève. 1^{er}. L'élève candidat EP Aeroclub du Gage, Reine exult. Parnassien. Abou
 Celib exult. Hc=0. Tabac=0. Sport=2x/sem. III=0. Plante=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	<i>No</i>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<i>No</i>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<i>No</i>	Corrigée à		
(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<i>h</i>			
Œil gauche	<i>h</i>			
Vison binoculaire	<i>h</i>			

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			<i>19-08-2014</i>	<i>h</i>	
(239) Audiogramme			<i>13-08-2014</i>	<i>h</i>	
(240) Examen Ophtalmologique			<i>19-08-2014</i>	<i>h</i>	
(241) Examen ORL			<i>19-08-2014</i>	<i>h</i>	
(242) Lipides sanguins			<i>19-08-2014</i>	<i>h</i>	
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G :					

*EEG - 19-08-2014 RAD
 Rx Parnassien. 19-08-2014 RIT*



(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"/>		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>90</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"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Non <input 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)	<i>10,2 (g/dl)</i>
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>Age = 27</i>

(248) commentaires, limitations :

Apté Classe 1 → 31-08-2026

(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

21-08-2024

Nom et adresse du médecin agréé

*Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL*

Cachet et signature



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>	
<i>Dr Patrick CORREA Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N° 357 - FAA-00773</i>	

(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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 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 <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 : **LORIS SAVI**

Né(e) le : **21/08/2008** à DAKAR Age : **16 ANS**.....

Demeurant : **.....SALY**

REPOND (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

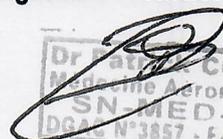
Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **20/08/24**

Limite de validité : **31/08/26** Durée de validité : **...2 ANS.....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet



Dr. **PATRICK CORREA**
Médecine Aéronautique
SN - MED - 004
IDGAL 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, la validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.