

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

**TYPE DE PERSONNEL** : Amateur  
**CLASSE** : 2  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : .....  
**ADRESSE** : .....

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

|   |   |
|---|---|
| Nom : <u>QUIRTARD</u><br>Prénom : <u>CHRISTOPHE</u><br>Nationalité : <u>Française</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M<br>Né(e) le <u>08/06/1967</u> à : <u>Quintaris (France)</u><br>Lieu et date de l'examen médical : <u>Dakar le 07/02/25</u><br>Adresse : <u>69 rue 172 606 DOKAR</u><br><br>Téléphone : <u>77 662 46 54</u> email : <u>europam56@gmail.com</u><br>Profession/activité : <u>Grand-mère</u><br>Situation de famille : <u>Marié</u> | <b>Activité(s) pratiques</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur<br><input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon<br><input type="checkbox"/> Autres précisez :<br>Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)<br>Aérodrome : <u>Aéroclub</u><br>Activités aériennes antérieures :<br>Heures de vol : <u>0</u> |
|---|---|

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 »**

| Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :       | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| 1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle |     | X   |
| 2 Taux de cholestérol élevé                    |     | X   |
| 3 Maladie respiratoire                         |     | X   |
| 4 Maladies de l'estomac                        | X   | X   |
| 5 Maladies du foie                             |     | X   |
| 6 Diabète                                      |     | X   |
| 7 Maladies rénales                             |     | X   |
| 8 Maladies articulaires et du dos              |     | X   |
| 9 Maladie thyroïdienne                         |     | X   |
| 10 Tumeur ou maladie cancéreuse                |     | X   |
| 11 Œil : choc, maladies, troubles visuels      | X   | X   |
| 12 Vertiges, pertes de connaissance            |     | X   |
| 13 Migraines                                   |     | 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 ?                     |   |     |     |
| 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.**

Date et signature du personnel aéronautique

07/02/2025  


**Toutes fausses déclarations priveraient d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile**

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

11 - Neuf To. Titro suivi = RA ; Frère = 1<sup>er</sup> Cheon ; Père = Imfract. ; Non Diab  
2019 = Prothèse pour névralgie cervicobrachiale => pas d'aptitude ; Apprécie  
-> SOAS (2022) = orthèse on antistambou - bonne exécution = suivi.



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 : GUITTARD Prénoms : CHRISTOPHE Date de naissance 08/06/1967 (JJ/MM/AAAA):  
Lieu de naissance : MONTORIS (FRANCE)

|  |                               |                             |   |                                      |  |                          |                         |   |
|--|-------------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------------|--|--------------------------|-------------------------|---|
| (201) Catégorie d'examen<br><input checked="" type="checkbox"/> Initial<br><input type="checkbox"/> Prorogation<br><input type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br><u>172</u> cm | (203) Poids<br><u>94</u> kg | (204) Yeux couleur<br><u>Ambré Brun</u> | (205) Cheveux couleur<br><u>Brun</u> | (206) Tension artérielle (assis)<br>mmHg |                          | (207) Pouls au repos    |   |
|  |                               |                             |   |                                      | Systolique<br><u>113</u>                 | Diastolique<br><u>82</u> | Pulsations<br><u>56</u> | Rythme<br><input type="checkbox"/> irrégulier<br><input checked="" type="checkbox"/> régulier |

| Examen clinique : Cochez chaque item           | normal                              | anormal | normal   | anormal                             |
|--|-------------------------------------|---------|--|-------------------------------------|
| (208) Tête, face, cou, cuir chevelu            | <input checked="" type="checkbox"/> |         | (218) Abdomen, hernie, foie, rate                        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (209) Cavité bucale, gorge, dents              | <input checked="" type="checkbox"/> |         | (219) Anus, rectum (si nécessaire)                       |                                     |
| (210) Nez, sinus                               | <input checked="" type="checkbox"/> |         | (220) système génito-urinaire                            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (211) Oreilles, tympans, compliance tympanique | <input checked="" type="checkbox"/> |         | (221) Système endocrinien, thyroïde                      | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels | <input checked="" type="checkbox"/> |         | (222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (213) Yeux - pupilles                          | <input checked="" type="checkbox"/> |         | (223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus      | <input checked="" type="checkbox"/> |         | (224) Examen neurologique- réflexes etc                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (215) Poumons, thorax, seins                   | <input checked="" type="checkbox"/> |         | (225) Psychiatrie  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (216) Cœur                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |         | (226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (217) Système vasculaire                       | <input checked="" type="checkbox"/> |         | (227) Etat général                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
Cendamine. Tricougan Coapual SN; Pilote Plaine. 20 ans; Pleth S12 + S11 A320  
Vol tactique mission; 57 ans. Anxi 3+2. Tabac = 0 Alc = acc. Sport = + S12 =

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine Normale  anormale  *Non reporté TO*

(229) (de loin à 5m/6m en dixième

|                                     |            | Lunettes/Contact |                                     |
|-------------------------------------|------------|------------------|-------------------------------------|
|                                     |            | Sans correction  | Avec correction                     |
|                                     |            | Oui              | Non                                 |
| Œil droit sans correction           | Corrigée à |                  | <u>9</u>                            |
| Œil gauche sans correction          | Corrigée à |                  | <u>8</u>                            |
| Vision binoculaire, sans correction | Corrigée à |                  | <u>10</u>                           |
| (230) Vision intermédiaire          |            |                  |                                     |
| N14 lu à 100cm                      |            |                  |                                     |
| Œil droit                           |            |                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Œil gauche                          |            |                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire                  |            |                  | <input checked="" type="checkbox"/> |

| Glucose                       | Protéines | Sang        | Autres            |                                     |         |
|-------------------------------|-----------|-------------|-------------------|-------------------------------------|---------|
| <u>0</u>                      | <u>0</u>  | <u>0</u>    |                   |                                     |         |
| Rapport annexés               |           | Non réalisé | Date              | Normal                              | Anormal |
| (238) ECG                     |           |             | <u>07.02 2006</u> | <input checked="" type="checkbox"/> |         |
| (239) Audiogramme             |           |             | <u>07.02 2005</u> | <input checked="" type="checkbox"/> |         |
| (240) Examen Ophtalmologique  |           |             | <u>07.02 2005</u> | <input checked="" type="checkbox"/> |         |
| (241) Examen ORL              |           |             | <u>07.02 2005</u> | <input checked="" type="checkbox"/> |         |
| (242) Lipides sanguins        |           |             |                   |                                     |         |
| (243) Fonctions respiratoires |           |             |                   |                                     |         |
| (320) Tonométrie G :          |           |             |                   |                                     |         |

*DIP... CEN - 200*



**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) <b>de près</b>                    |     | 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) <b>Lunettes</b>                   |     |                              | (233) <b>Lentilles de contact</b> |                                     |     |
| Oui <input checked="" type="checkbox"/> |     | Non <input type="checkbox"/> |                                   | Oui <input type="checkbox"/>        |     |
| Type :                                  |     | Type :                       |                                   |                                     |     |
| réfraction                              | Sph | Cylindre                     | Axe                               | Ajouter                             |     |
|   |     |                              |                                   |                                     |     |

(313) **Perception des couleurs** Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques  
Nombre de tables présentées *90* 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   |
| Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur | 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)   | <i>11,7</i> (g/dl)   |
| Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> |
|  |  | <i>Age = 1,32</i>  |

(248) **commentaires, limitations :**

*Pat Correa gtr...*  
*Age = 1,32 + 1,14 à revaler.*  
*Apte classe 2 → 31-08-2017*

(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<br><i>18-09-2015</i> | Nom et adresse du médecin agréé | Cachet et signature<br> |
|---|---------------------------------|--|

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis : *Apte*

Nom : \_\_\_\_\_

Signature : 



(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 :

|  |                          |                                     |                          |
|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| <b>Champ d'application du certificat</b> | <b>Classe 1</b>          | <b>Classe 2</b>                     | <b>Classe 3</b>          |
|  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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

CLASSE 2

CLASSE 3

Je soussigné, Docteur :

**PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n :

**SN - MED - 004**

Certifie que M :

**CHRISTOPHE GILBERT GUITTARD**

Né(e) le : **08/06/1967**

à **MONTARGIS** Age : **57 ANS**.....

Demeurant : ..... **69 RUE MZ 206 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 : **07/02/25**

Limite de validité : **31/08/25**

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.*