



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 : Class 2
CLASSE :
NOM DE L'EMPLOYEUR : A. V. Dub.
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : VINET
Prénom : Anna
Nationalité : FRANÇAISE Sexe : F M
Né(e) le : 11 / 04 / 1992 à : PARIS, FRANCE
Lieu et date de l'examen médical : AMS, le 17.03.2025
Adresse : Mamelles, Quabam
Téléphone : 78-878-92-60 email : aae.vinet@gmail.com
Profession/activité : ONG
Situation de famille : Single

Activité(s) pratiques
 Avion Planeur
 Hélicoptère Ballon
 Autres précisez :
Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)
Aérodrome :
Activités aériennes antérieures : U2R
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		<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		<input checked="" type="checkbox"/>
15		<input checked="" type="checkbox"/>
16	<input checked="" type="checkbox"/>	
17		<input checked="" type="checkbox"/>
18		<input checked="" type="checkbox"/>
19		<input checked="" type="checkbox"/>
20		<input checked="" type="checkbox"/>
21	<input checked="" type="checkbox"/>	
22	<input checked="" type="checkbox"/>	
23		<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :		
24	<input checked="" type="checkbox"/>	
25		

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

Date et signature du personnel aéronautique

17-03-2025

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

(24). Endométriose (2019). suivi TTE.



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 : *VINO* Prénoms : *Anna Alice Eva* Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : *11.04.1992 Paris, FR*

(201) Catégorie d'examen
 Initial
 Prorogation
 Renouvellement
 Recours spécial

(202) Taille : *157* cm
 (203) Poids : *57* kg
 (204) Yeux couleur : *Noir*
 (205) Cheveux couleur : *Châtain*
 (206) Tension artérielle (assis) mmHg
 Systolique : *112* Diastolique : *82*
 (207) Pouls au repos : *56*
 Rythme : irrégulier régulier

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
Spécificité Data dans OVA - 3 Eau - Cereb - 0 euf b ..
Endometrie - ovarie (Stent en place) = RAS.
Tolace = 0
ATC = acc
Spect : 2 x 1000 = 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			
		t	t		
Œil droit sans correction	Corrigée à	<i>no</i>			
Œil gauche sans correction	Corrigée à	<i>no</i>			
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	<i>no</i>			
(230) Vision intermédiaire		Sans correction		Avec correction	
		Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm					
Œil droit				<i>q</i>	
Œil gauche				<i>q</i>	
Vision binoculaire				<i>q</i>	

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>q</i>	<i>e</i>		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			<i>17.03 2025</i>	<i>q</i>	
(239) Audiogramme			<i>17.03 2025</i>	<i>q</i>	
(240) Examen Ophtalmologique			<i>17.03 2025</i>	<i>q</i>	
(241) Examen ORL			<i>12.03 2025</i>	<i>q</i>	
(242) Lipides sanguins			<i>12.03 2025</i>	<i>q</i>	
(243) Fonctions respiratoires			<i>12.03 2025</i>	<i>q</i>	
(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				1	
Œil gauche				1	
Vison binoculaire				1	
(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	

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>M. J. K.</i>	<i>Dr Patricia Correa</i>
	Signature
	Dr Patricia Correa Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

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

Tables pseudo-isochromatiques
Nombre de tables présentées *20* Type ISHIHARA
Nombre d'erreurs *2*

APTE pour la classe :
 INAPTE pour la classe :
 Remis pour une évaluation complémentaire

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis
(si 239/241 non réalisé)

Oreille droite	Oreille gauche

dans l'affirmative, indiquer :

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"/>

Le destinataire :

Le motif :

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

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.

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	<i>13,1</i> (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>Cf. = 9,68</i>

Décision n° Du

Libellé :

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

(348) commentaires, limitations :
Part Caucasiote q'tyem Apte classe 2 -> 31-03-2027.

(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 <i>24-07-2025</i>	Nom et adresse du médecin agréé <i>Dr Patricia Correa</i> Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773	Cachet et signature
---	--	-------------------------

NEUROPOLE

Cabinet de Spécialités Médicales pour le Système Nerveux et l'Appareil Locomoteur

Fann Résidence Rue Aimée Cesaire x Rue D, (FN23) BP: 16081, Dakar, SENEGAL
Tél: (+221) 338240404 - Cell: (+221) 775076766 - E-mail: neuropole@gmail.com

ELECTROENCEPHALOGRAMME



Patient: Vinet Anna	Date naissance: samedi 11 avril 1992
ID:	Sexe: F
Tél & Adresse: 78 828 92 60 Dakar	Poids:
Origine : AMS : Dr P. Corréa	Date Examen: 17/03/2025 11:00:14

Indications : VA AMS

Traitement :

Interpretation : Tracé de base fait de rythmes alpha de 10 cycles/seconde, amples dans les régions postérieures, réagissant bien à l'ouverture des yeux. L'hyperpnée et la Stimulation Lumineuse Intermittente ne sont pas activatrices.

Conclusion : EEG normal

Docteur:


Pr Amadou Gallo Diop
NEUROLOGUE
RV: 77 507 67 66 - 33 82404 04
cabinetmedicalneuropole@gmail.com

 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 : **ANNA ALICE EVA VINET**

Né(e) le : **11/04/1992** à PARIS Age : **32 ANS**.....

Demeurant : **MAMELLES OUAKAM**.....

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 : **17/03/25**

Limite de validité : **31/03/27** Durée de validité : **...2 ANS**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRES

Signature et cachet



Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
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.