

 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

TYPE DE PERSONNEL : Class 2
CLASSE : Aéroclub
NOM DE L'EMPLOYEUR : Aéroclub
ADRESSE : /

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>VINET</u> Prénom : <u>Anna</u> Nationalité : <u>FRANÇAISE</u> Né(e) le : <u>11 / 04 / 1992</u> à : <u>PARIS, FRANCE</u> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS, le 17.03.2025</u> Adresse : <u>Mamelles, Quabam</u> Téléphone : <u>78-878-92-60</u> email : <u>aae.vinet@gmail.com</u> Profession/activité : <u>ONG</u> Situation de famille : <u>Single</u>	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 : <u>U2R</u> 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		<input checked="" type="checkbox"/>
2 Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>
3 Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>
4 Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>
5 Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>
6 Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>
7 Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>
8 Maladies articulaires et du dos		<input checked="" type="checkbox"/>
9 Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>
12 Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>
13 Migraines	<input checked="" type="checkbox"/>	

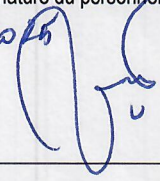
Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14 Troubles du sommeil		<input checked="" type="checkbox"/>
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<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 ?	<input checked="" type="checkbox"/>	
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

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 Eve		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 11.04.1992 Paris, FR	
(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 157 cm	(203) Poids 57 kg	(204) Yeux couleur Jaune	(205) Cheveux couleur Châtain	(206) Tension artérielle (assis) mmHg
					Systolique 112 Diastolique 82 Pulsations 56
					(207) Pouls au repos <input type="checkbox"/> Irrégulier <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.
Spécialiste Data dans OMA - 32 ans - Cereb - 0 en 10
Endometrie - suivie (Stent en place) = RAS.
Tolace = 0
Alc = acc
Spect : 2 x 1 en 10

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

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	0
Rapport annexés		Non réalisé	Date
			1703 2025
(238) ECG			1703 2025
(239) Audiogramme			1703 2025
(240) Examen Ophtalmologique			17.01 2025
(241) Examen ORL			12.07 2025
(242) Lipides sanguins			12.07 2025
(243) Fonctions respiratoires			12.07 2025
(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	
Vision 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

(313) Perception des couleurs Normale ☒ Anormale ☐

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

(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 ☒ Non ☐ Oui ☒ Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000

Oreille droite

Oreille gauche

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	13,1 (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"/>

(248) commentaires, limitations :

Part Caennet q'tyem Apté classe 2 -> 31-03-2027.

(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

24-03-2025

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick BORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

Cachet et signature

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 :

1/1

Signature
Dr Patrick BORREA
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

☒

☐

☐

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. Corréea	Date Examen: 17/03/2025 11:00:14

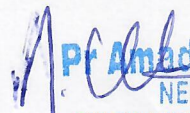
Indications : VA AMS

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:


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

03

Signature du titulaire/Holder's signature

25/10/15

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

20FV10087

Nom Sympne *Alk*

VINET

Prénoms : Anna, Alice, Eva

Nationalité:

Francaise

Date de naissance :
11 04 1992

Date de délivrance
26 10 2020

Autorité/Authority (9)

**BAMAKO-
CONSULAT GENERAL DE FRANCE**

Date of expiration / Date of expiry (SI)

25 10 2030

Sex (1) Taille/Height (12) Couleur des yeux/Colour of eyes (13)


F	1,57 m	MARRON
---	--------	--------

PARIS 15E ARRONDISSEMENT

Domicile/Residence (1)

RNC QUARTIER HIPPODROME II
Bamako
MALI

P<FRAVINET<<ANNA<ALICE<EVA<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
20FV100870FRA9204111F3010253<<<<<<<<<<<<<<<00

 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 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 Evaluator 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.