



**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				<i>10/10</i>	
Œil gauche				<i>10/10</i>	
Vison binoculaire				<i>10/10</i>	
(232) Lunettes			(233) Lentilles de contact		
Oui <input checked="" type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
Type : <i>Presbytie</i>			Type :		
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(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>Fourelh</i>	<b>Dr François Charles NDIAYE</b> Médecin Dakar
	Signature :
	<i>[Signature]</i>

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>10</i>	Nombre d'erreurs <i>1</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	<i>-5</i>	<i>0</i>	<i>-5</i>	<i>-25</i>	<i>-25</i>	<i>-25</i>

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

*Hb = 16,3*

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	<i>10</i> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

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

(248) commentaires, limitations :

(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	Nom et adresse du médecin agréé	Cachet et signature