



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** : Contrôleur Aérien  
**CLASSE** : 3  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : ASECNA  
**ADRESSE** : Représentation BUREAU

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

Nom : DO ED UNHEKRON  
Prénom : Adolphe Roméo  
Nationalité : Béninoise Sexe :  F  M  
Né(e) le : 18/02/1986 à : HONNIE (BENIN)  
Lieu et date de l'examen médical : ATIS 08/12/2023  
Adresse : CITE ERNAN (YOFF)  
Téléphone : 784521832 email : doedramel@yofair.fr  
Profession/activité : Contrôleur aérien  
Situation de famille : Maré

**Activité(s) pratiques**

Avion  Planeur  
 Hélicoptère  Ballon  
 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 : ATIS (YOFF) 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
5	Maladies du foie		X
6	Diabète	X	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
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.  
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  
08/12/2023

Annotations du médecin-examinateur agréé, précisions sur les réponses «OUI » (reporter le n° de l'item) :  
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :  
H+H. Puisse. Réponse III à J+1 + Atteinte à l'aveu - + + +



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 : *DOUBOUNHE KPOUN*

Prénoms : *Adande Romés*

Date de naissance (JJ/MM/AAAA): *18/01/1988*

Lieu de naissance : *HONVIE (BENIN)*

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>180 cm</i>	(203) Poids <i>89 kg</i>	(204) Yeux couleur <i>Brun</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis)		(207) Pouls au repos
					Systolique <i>130</i>	Diastolique <i>92</i>	

Examen clinique : Cochez chaque item

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

*Contacter. Avion 37 ans sans 3 seul.*  
*Mael Janet III AIA en juillet 2022 pour cein Condu Répét m III - 07-12-2022 III = 0.*  
*Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)*  
*Talocoe = 0*  
*Alle = 0*  
*Spat = 3x/2*

(235) Analyse d'urine Normale  anormale

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			<i>08-12-2024</i>		<i>✓</i>
(239) Audiogramme			<i>08-12-2024</i>	<i>✓</i>	
(240) Examen Ophtalmologique					
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins			<i>08-12-2024</i>		<i>✓</i>
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G :					

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

	Lunettes/Contact			
	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit sans correction	<i>10</i>			
Œil gauche sans correction	<i>10</i>			
Vision binoculaire, sans correction	<i>10</i>			
(230) Vision intermédiaire				
N14 lu à 100cm				
Œil droit	<i>✓</i>			
Œil gauche	<i>✓</i>			
Vision binoculaire	<i>✓</i>			



**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		2			
Œil gauche		2			
Vison binoculaire		2			
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" 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	20	Type ISHIHARA	0
Nombre de tables présentées		Nombre d'erreurs	

(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"/> 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)	15,6 (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 :

ECG = RAS. creat = 12,5. TA = RAS. 7 Régim III HTA. Apté TRL Jancis → 31-03-2021  
Bilan Lip = CT = 304 LDL = 2,40. Au Total = Comeltat Gastro + CR cardio ARL3.

(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

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>Apté</i>	<i>Dr Patrick CORREA</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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-03-A</b>	
	<b>CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE</b>	Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

CATEGORIES		
CLASSE 1 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input checked="" type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **ADANDE ROMEO DOZOUNHEKPON**

Né(e) le : **18/02/1986** à **HONVIE (Bénin)**... Age : **37 ANS**

Demeurant : **ASECNA BISSAU**

**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 : **08/12/23**

Limite de validité : **31/03/24** Durée de validité : **...3 MOIS**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence : .....

**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.*