

 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 : CONTROLEUR AERIEN
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : B.P. 00807 (BISSAU)

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>DOZOUNHEKPOU</u> Prénom : <u>ADANBE RORÉD</u> Nationalité : <u>BENINOISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>18/02/1986</u> à : <u>HONVIÉ (BENIN)</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>ANS le 13/05/2025</u> Adresse : <u>BISSAU (ASECNA)</u> Téléphone : <u>(+225) 956 313 477</u> email : <u>dozoumel@yahoo.fr</u> Profession/activité : <u>CONTROLEUR AERIEN</u> Situation de famille : <u>Marité</u>	Activité(s) pratiques <input 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 : Heures de vol :
--	---

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON

Si OUI : Date : : 10/05/2024 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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Taux de cholestérol élevé	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Maladie respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Maladies de l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Maladies du foie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Maladies rénales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Maladies articulaires et du dos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Maladie thyroïdienne	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Tumeur ou maladie cancéreuse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12	Vertiges, pertes de connaissance	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13	Migraines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

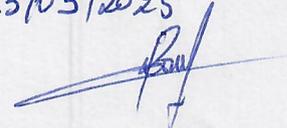
Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21	Consommez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 testes en vigueur.

Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

13/05/2025



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



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 : BOZOUNHEKPON Prénoms : ASANJE ROMED Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 18/02/1986
Lieu de naissance : HONJIE (BENIN)

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <u>180</u> cm	(203) Poids <u>90</u> kg	(204) Yeux couleur <u>Noir</u>	(205) Cheveux couleur <u>Noir</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <u>130</u>	Diastolique <u>90</u>	Pulsations <u>68</u>	Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<u>q</u>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<u>d</u>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<u>q</u>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<u>q</u>		(220) système génito-urinaire	<u>1</u>
(211) Oreilles, tympans, compli- ance tympanique	<u>1</u>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<u>q</u>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<u>q</u>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<u>1</u>
(213) Yeux - pupilles	<u>q</u>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<u>q</u>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<u>q</u>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<u>q</u>
(215) Poumons, thorax, seins	<u>q</u>		(225) Psychiatrie	<u>q</u>
(216) Cœur	<u>q</u>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<u>q</u>
(217) Système vasculaire	<u>1</u>		(227) Etat général	<u>q</u>

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

Controler Avenir CR 39 ans Noir 3 enfants.
Suis pour HTA Plante = 0.

Talac = 0
Alu = 0
Sport = 3x/semaine

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/Contac
t

Œil droit sans correction	<u>10</u>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<u>10</u>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<u>10</u>	Corrigée à		
(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit	<u>1</u>			
Œil gauche	<u>1</u>			
Vison binoculaire	<u>1</u>			

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>			
Rapport annexés		Non réali- sé	Date	Nor- mal	Anor- mal
(238) ECG			<u>15.05 02</u>	<u>1</u>	
(239) Audiogramme			<u>17.05 02</u>	<u>1</u>	
(240) Examen Ophtalmologique					
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins					
(243) Fonctions respiratoires					
(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		<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>			
Vison binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>			
(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	

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>	
Signature :	

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

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>20</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

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

Oreille droite	Oreille gauche
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(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>19,2</i> <i>Gha = 0,75</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 <input checked="" type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	-----------------------------------	--

(248) **commentaires, limitations :**
Apté classe 3 → 3A-05-9026

(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>13-05-2015</i>	Nom et adresse du médecin agréé <i>Dr Patrick CORREA</i> 	Cachet et signature
---	---	-------------------------

 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 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/BENIN**... Age : **39 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 : **13/05/25**

Limite de validité : **31/05/26** Durée de validité : **...1 AN**

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 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.