



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 checked="" type="checkbox"/> | | Non <input type="checkbox"/> | | Non <input type="checkbox"/> | |
| Type : | | | 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 : |
| Signature : | |

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

| | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| Tables pseudo-isochromatiques | Type ISHIHARA |
| Nombre de tables présentées <i>10</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 type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| Non <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Audiométrie éventuelle

| | | | | | | |
|----------------|-----|------|------|------|------|------|
| Hz | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 |
| Oreille droite | | | | | | |
| Oreille gauche | | | | | | |

(236) Fonction respiratoire *GAD = 0,99* (237) Hémoglobine *Hb = 13,4 g/l*

| | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 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 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 <input type="checkbox"/> | Classe 2 <input type="checkbox"/> | Classe 3 <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

(248) commentaires, limitations : *Aucun symptôme de 23 ans, infirmités générales, non fumeur + parfois alcool (pb) peu sportive, motive par un ami*

(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 |
|--------------------|---------------------------------|---------------------|