

Certificate Sample

UNITED STATES OF AMERICA
Department of Transportation
Federal Aviation Administration

MEDICAL CERTIFICATE SECOND CLASS

This certifies that (Full name and address):

GILLES C SALOMON
2155 Belote Place
Jacksonville FL 32207 USA

Date of Birth	Height	Weight	Hair	Eyes	Sex
02 20 1957	6'	180	BROWN	BROWN	M

has met the medical standards prescribed in part 67, Federal Aviation Regulations for this class of Medical Certificate.

Limitations

Must have available glasses for near vision.

Date of Examination
11 23 2020

Examiner's Designation No.
000003228

Examiner

Signature

Typed Name

ABDELALI BOUHAREB, MD

AIRMAN'S SIGNATURE

Applicant ID: 1996546776

Control No: 200009335567



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 : SALOMON Prénoms : GIVUS Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 20/2/1957
Lieu de naissance :

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 175 cm	(203) Poids 84 kg	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg	(207) Pouls au repos	
	Systolique	Diastolique	Pulsations	Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input type="checkbox"/> régulier			

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.
Cataracte bilatérale - c'est prunelle - caryo - peau - tuberculose (tuberculose) 6 ans
Célib J. d'ad. / Tabac = 0 Alcool = 0 Sport = quotidien. Natl = 0.

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	7	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	8	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	8	
(230) Vision intermédiaire	Sans correction	Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui
Œil droit			
Œil gauche			
Vision binoculaire			

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal
				Anor mal
(238) ECG				
(239) Audiogramme				
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G : D : mmHg				



**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					
Œil gauche					
Vison binoculaire					
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input 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	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 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** (237) Hémoglobine

VEMS/CV %		Peak 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"/>

Glycémie: 1.05 mg/dl

(248) **commentaires, limitations :**

(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	Nom et adresse du médecin agréé
--------------------	---------------------------------

(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 :

(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"/>