

 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
CLASSE : Classe 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA-BISSAU
ADRESSE : BISSAU

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>MOUBARANA DJE</u> Prénom : <u>GUIRY EN CAR</u> Nationalité : <u>Tchadienne</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>30/10/1980</u> à : <u>Sarh</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>ANS - 23-06-2025</u> Adresse : <u>BISSAU</u> Téléphone : <u>95-551 8923</u> email : <u>moubaguiryen@air.gm</u> Profession/activité : <u>CONTROLEUR</u> Situation de famille : <u>Marie</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 : 12/06/2024 Lieu : DOKAS 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 »			Répondez aux questions suivantes :			
	OUI	NON		OUI	NON	
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	18	Etes-vous un consommateur de tabac ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	20	Faites-vous usage de drogues illicites ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	21	Consommez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	<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"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour les candidates :			
12	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	25	Autres	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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

Annotations du médecin-examineur 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 2 sur 2

(231) de près

N5 lu à 30 - 50cm

Sans correction Avec correction

Oui Non Oui Non

Œil droit

Œil gauche

Vision binoculaire

(232) Lunettes

Oui Non

Type :

réfraction

Sph

Cylindre

Axe

Ajouter

(233) Lentilles de contact

Oui Non

Type :

(313) Perception des couleurs

Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées *20*

Type ISHIHARA

Nombre d'erreurs *2*

(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 Non

Oui Non

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

VEMS/CV %

Peak Flow (l/min)

11,8 (g/dl)

Normal Anormal

Normal Anormal

Normal Anormal

(248) commentaires, limitations :

PVC.

Apte. classe 3 -> 30-06-2026

(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

ES-06-2025.

Nom et adresse du médecin agréé

*Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL*

Cachet et signature

*Dr Patrick CORREA
Médecin Aéro-nautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773*

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis :

Nom :

Apte

Signature
*Dr Patrick CORREA
Médecin Aéro-nautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773*

(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



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

CLASSE 2

CLASSE 3

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **GUIRYENGAR NOUBARAMADJE**

Né(e) le : **30/10/1980** à SARH... Age : **44 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 : **23/06/25**

Limite de validité : **30/06/26** Durée de validité : **...1 AN**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

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.