



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 : P. loté Pivoi  
 CLASSE : 2  
 NOM DE L'EMPLOYEUR : Cote Africa Ouakam  
 ADRESSE : Cote Africa Ouakam

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom : <u>LAC</u><br>Prénom : <u>Jean-michel</u><br>Nationalité : <u>français</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M<br>Né(e) le : <u>10/06/1962</u> à : <u>Cherbourg</u><br>Lieu et date de l'examen médical : <u>Dakar, 17/02/22</u><br>Adresse : <u>142 cte Africa Ouakam</u><br><u>13400 DAKAR</u><br>Téléphone : <u>7775 86785</u> Email : <u>jeanmichel.lac@gmail.com</u><br>Profession/activité : <u>Ingénieur</u><br>Situation de famille : <u>Marié</u> | <b>Activité(s) pratiques</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Avion <input checked="" type="checkbox"/> Planeur<br><input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon<br><input type="checkbox"/> Autres précisez :<br>Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)<br>Aérodrome : <u>Dakar</u><br>Activités aériennes antérieures : <u>Planeur</u><br>Heures de vol : <u>25h</u> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

Si OUI : Date : 1/1977 Lieu : Blois 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 »

|    | OUI | NON      |
|----|-----|----------|
| 1  |     | <u>2</u> |
| 2  |     | <u>2</u> |
| 3  |     | <u>2</u> |
| 4  |     | <u>2</u> |
| 5  |     | <u>2</u> |
| 6  |     | <u>2</u> |
| 7  |     | <u>2</u> |
| 8  |     | <u>2</u> |
| 9  |     | <u>2</u> |
| 10 |     | <u>2</u> |
| 11 |     | <u>2</u> |
| 12 |     | <u>2</u> |
| 13 |     | <u>2</u> |

| Répondez aux questions suivantes : |                                                                           | OUI      | NON      |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| 14                                 | Troubles du sommeil                                                       |          |          |
| 15                                 | Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?                            | <u>X</u> | <u>/</u> |
| 16                                 | Avez-vous eu un accident dans le passé ?                                  |          | <u>X</u> |
| 17                                 | Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?                      |          | <u>X</u> |
| 18                                 | Etes-vous un consommateur de tabac ?                                      | <u>X</u> |          |
| 19                                 | Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?                        | <u>X</u> |          |
| 20                                 | Faites-vous usage de drogues illicites ?                                  |          | <u>X</u> |
| 21                                 | Consommez-vous de l'alcool ?                                              | <u>X</u> |          |
| 22                                 | Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles | <u>X</u> |          |
| 23                                 | Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?                    |          | <u>X</u> |
| 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 testes 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

17/2/22

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

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

Matière consultative - psychiatrique / 8 trucs + ...  
Paut caudex apte. progressif / Péris - Depenib. (Nalt) Tracodim. chérie le 6 oct  
(15) Lypans / juillet 2021 = consultat. psy. (S. polaire) 2021. => Rééducat. en cours.



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 : LAC Prénoms : Jean-michel Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 10/06/1962  
Lieu de naissance : Cherbourg

|                                                                                                                                                                                                        |                               |                             |                                   |                                      |                                          |                          |                         |                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| (201) Catégorie d'examen<br><input checked="" type="checkbox"/> Initial<br><input type="checkbox"/> Prorogation<br><input type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br><u>184</u> cm | (203) Poids<br><u>99</u> kg | (204) Yeux couleur<br><u>Bleu</u> | (205) Cheveux couleur<br><u>Gris</u> | (206) Tension artérielle (assis)<br>mmHg |                          | (207) Pouls au repos    |                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                        |                               |                             |                                   |                                      | Systolique<br><u>130</u>                 | Diastolique<br><u>85</u> | Pulsations<br><u>80</u> | Rythme<br><input type="checkbox"/> irrégulier<br><input checked="" type="checkbox"/> régulier |

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
Longue vue. P. 59 ans. Père adolescent; éduqué, successif, père de 10 enfants. Marié & enfant; Union Roy III Lannetel il y a 2 ans. Tbles hémoc. xxx. Spant. = 0. III = Lannetel.

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

| Glucose                       | Protéines | Sang         | Autres          |           |          |
|-------------------------------|-----------|--------------|-----------------|-----------|----------|
| <u>0</u>                      | <u>0</u>  | <u>0</u>     |                 |           |          |
| Rapport annexés               |           | Non réalisés | Date            | Nor mal   | Anor mal |
| (238) ECG                     |           |              | <u>21-02 09</u> | <u>d.</u> |          |
| (239) Audiogramme             |           |              | <u>21-02 09</u> | <u>d.</u> |          |
| (240) Examen Ophtalmologique  |           |              |                 |           |          |
| (241) Examen ORL              |           |              |                 |           |          |
| (242) Lipides sanguins        |           |              | <u>21-02 09</u> | <u>d.</u> |          |
| (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                                                            |     |                                                           |     | +               |     |
| Œil gauche                                                           |     |                                                           |     | +               |     |
| Vison binoculaire                                                    |     |                                                           |     | +               |     |
| (232) Lunettes                                                       |     | (233) Lentilles de contact                                |     |                 |     |
| Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |     | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |     | Type :          |     |
| réfraction                                                           | Sph | Cylindre                                                  | Axe | Ajouter         |     |
|                                                                      |     |                                                           |     |                 |     |

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

*EEG - RX pauvre*

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

Avis : *Empêtré*

Nom : *Correa*

Signature : *Patrick Correa*

*III : anti-ep. Ep. 4*

*Signature: PATRICK CORREA  
Médecin Aérien  
M/D/004/ANACS/DTA/08  
DGAC N° 3857 - FAA 00773*

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA

Nombre de tables présentées *10* Nombre d'erreurs *1*

(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'examinateur | Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur |
| 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

*Glycémie: 91 mg/dl*

|                                                                  |                                                                  |                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 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 : *Pog - CR*

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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(248) commentaires, limitations : *CR. Pog. Uni = RAS. (L) 13-03-2012. Apté classe 2 -> 17-08-2012*

(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

*15-03-2012*

*Dr Patrick CORREA  
3, Av. de l'Ambassade  
DAKAR SENEGAL*

*Signature: PATRICK CORREA  
Médecin Aérien  
M/D/004/ANACS/DTA/08  
DGAC N° 3857 - FAA 00773*