

 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 : Pilote

CLASSE : 2

NOM DE L'EMPLOYEUR :

ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>LAC</u> Prénom : <u>Jean-Michel</u> Nationalité : <u>Français</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>10/06/1962</u> à : <u>Cherbourg (Maude)</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>31/13/23 DAKAR</u> Adresse : <u>cité Africa 13400, OUAKAM</u> Téléphone : <u>777586785</u> email : <u>jean-michel.lac@gmail.com</u> Profession/activité : <u>ingénieur</u> Situation de famille : <u>marie</u>	Activité(s) pratiques <input checked="" 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 : 8/9/2022 Lieu : Dakar Nom du médecin : P. CORREA

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

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14 Troubles du sommeil		<input checked="" type="checkbox"/>
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<input checked="" type="checkbox"/>
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		<input checked="" type="checkbox"/>
18 Etes-vous un consommateur de tabac ?	<input checked="" type="checkbox"/>	
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		<input checked="" type="checkbox"/>
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?		<input checked="" type="checkbox"/>
21 Consommez-vous de l'alcool ?		<input checked="" type="checkbox"/>
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>	
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		<input checked="" type="checkbox"/>
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 entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

31/13/23



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

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

15 = Kystes de l'ovaire épichydrom 17 en Fév 23 = 22 - Path Cornech Ophya
l'opération en juillet 21 = Consultat psy (Bipolarité) =

 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
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille cm 184	(203) Poids kg 100
	(204) Yeux couleur bleu	(205) Cheveux couleur Gris
	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 143 Diastolique : 86	
	(207) Pouls au repos Pulsations : 61 Rythme : <input checked="" 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, tympans, 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.
 Ingénieur, Marié, 60 ans, sans alcoolisme, échec succès, peu de stress.
 Diète 2-pts, Nstn Psy / III laométrie il y a 3 ans Tabac = 10/1 - 3 ans = 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	10	
Œil gauche sans correction		Corrigée à	10	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	10	
(230) Vision intermédiaire		Sans correction		Avec correction
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui Non
Œil droit				+
Œil gauche				+
Vision binoculaire				+

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
∞	0			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal Anor mal
(238) ECG			31/07/13	
(239) Audiogramme				
(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			+			
Œil gauche			+			
Vision 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 :	Type :					
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter		
(313) Perception des couleurs	Normale <input type="checkbox"/>		Anormale <input type="checkbox"/>			
Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA					
Nombre de tables présentées 20	Nombre d'erreurs 0					
(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)	Oreille droite		Oreille gauche			
(si 239/241 non réalisé)	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	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					
	Gly : 130mg/dl					
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 checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>			

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 :

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

(248) commentaires, limitations : Part Conducem q'ique Apte. classe 2 → 30-09-2023

(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	Cachet et signature
31-09-2027	Dr Patrick CORREA 3, Av. des Amba DAKAR SENEGAL	Dr Patrick CORREA Médecin Aérien SN-MED-004 DGAC N°3867 - FAA-00773

 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 checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **JEAN MICHEL LAC**

Né(e) le : **10/06/62** à **CHERBOURG** Age : **60 ANS**.....

Demeurant : **CITE AFRICA 13400, OUAKAM**.....

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 : **31/03/23**

Limite de validité : **30/09/23** Durée de validité : **6 MOIS**.....

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.

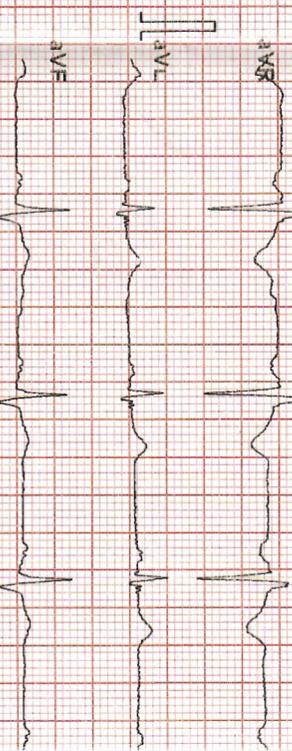
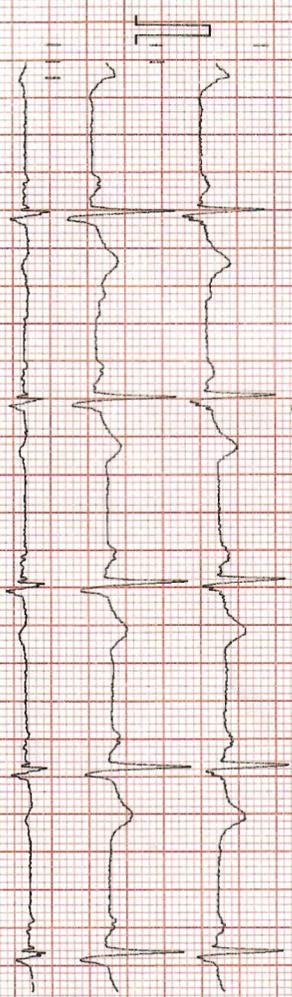
Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evaluateur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.

ETL-08 SD3 DIAG 30.32 FW-4.75.0000
AVL

Age:0 Sexe:Masculin 31/03/2023 08:45:40 Medecin CORREA

25mm/s
10mm/mV
50HZ ADS 1.5s

HR = 60



HR = 80



HR = 80



