



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 : ..... Lieu et date de l'examen médical : <u>5/4/24</u> Adresse : <u>132, rue Moussé Diop, Dakar centre</u> Téléphone : <u>77-758 6785</u> email : <u>jeanmichel.lac@</u> Profession/activité : <u>ingénieur</u> <u>gmail.com</u> Situation de famille : <u>marie</u>	<b>Activité(s) pratiques</b> <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) <u>ACD</u> Aérodrome : <u>LSS</u> Activités aériennes antérieures : ..... Heures de vol : <u>60</u>
--	--

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

Si OUI : Date : 03/10/2023 Lieu : Dakar Nom du médecin : Conica P.

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		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

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

Date et signature du personnel aéronautique

5/4/2024

Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :  
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

idem. PAS



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) : 10/6/1962  
Lieu de naissance : Cherbourg (France)

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <u>187</u> cm	(203) Poids <u>96</u> kg	(204) Yeux couleur <u>Bleu</u>	(205) Cheveux couleur <u>Gris</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <u>118</u> Diastolique <u>82</u>	(207) Pouls au repos Pulsations <u>59</u> Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier
---	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---	--

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<u>1</u>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<u>1</u>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<u>1</u>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<u>1</u>		(220) système génito-urinaire	<u>1</u>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<u>1</u>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<u>1</u>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<u>1</u>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<u>1</u>
(213) Yeux - pupilles	<u>1</u>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<u>1</u>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<u>1</u>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<u>1</u>
(215) Poumons, thorax, seins	<u>1</u>		(225) Psychiatrie	<u>1</u>
(216) Cœur	<u>1</u>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<u>1</u>
(217) Système vasculaire	<u>1</u>		(227) Etat général	<u>1</u>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine Normale 1 anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

Lunettes/Contact

Glucose <u>0</u>	Protéines <u>0</u>	Sang <u>0</u>	Autres
---------------------	-----------------------	------------------	--------

Œil droit sans correction	Corrigée à <u>10</u>
Œil gauche sans correction	Corrigée à <u>10</u>
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à <u>10</u>

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
-----------------	-------------	------	---------	----------

(238) ECG	<u>25-04-2024</u>	<u>1</u>
(239) Audiogramme	<u>05-04-2024</u>	<u>1</u>

(230) Vision intermédiaire

N14 lu à 100cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			<u>1</u>	
Œil gauche			<u>1</u>	
Vision binoculaire			<u>1</u>	

(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) <b>de près</b>		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) <b>Lunettes</b>		(233) <b>Lentilles de contact</b>			
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 ?)

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

Avis : 

Nom : 

(313) **Perception des couleurs** Normale  Anormale

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA

Nombre de tables présentées *20* Nombre d'erreurs *0*

**APTE pour la classe :**

**INAPTE pour la classe :**

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis (si 239/241 non réalisé)

Oreille droite	Oreille gauche
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**Remis pour une évaluation complémentaire** dans l'affirmative, indiquer :

Le destinataire :

Le motif :

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"/>
--	--

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.

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

Décision n° ..... Du .....

Libellé :

(236) **Fonction respiratoire** (237) **Hémoglobine**

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

*15,2*  
*GF = 2,96*

Champ d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(248) **commentaires, limitations :**

*Faible Coefficient optique*

*Apté classe 2 - 30-10-2024*

(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

*05-04-2024*

Nom et adresse du médecin agréé

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

Cachet et signature



 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-03-A</b>	
	<b>CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE</b>	Date d'application : 30/11/2018	Page <b>1 sur 1</b>

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 : **10/06/1962** à **CHERBOURG** Age : **61 ANS**.....

Demeurant : .....**132, RUE MOUSSE DIOP, DAKAR CENTRE**.....

**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 : **05/04/24**

Limite de validité : **31/10/24** 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 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.*