



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 : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : CLASS AVIATION MALI
ADRESSE : Bamako Mali

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : KAMARA
Prénom : FRANCOIS Louis
Nationalité : SENEGALAISE Sexe : F M
Né(e) le : 17/12/57 à : Dakar
Lieu et date de l'examen médical : AMS 23/10/2018
Adresse : AMS - Cas de la Cité BRGM 2C
Téléphone : 775966470 email : kalouma03@yahoo.fr
Profession/activité : Pilote
Situation de famille : Marie

Activité(s) pratiques
 Avion Planeur
 Hélicoptère Ballon
 Autres précisez :
Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)
Aérodrome :
Activités aériennes antérieures :
Heures de vol : 6710 heures

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

Si OUI : Date : 23/10/2019 Lieu : AMS Nom du médecin : 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 »

	OUI	NON
1		<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>
6		<input checked="" type="checkbox"/>
7		<input checked="" type="checkbox"/>
8		<input checked="" type="checkbox"/>
9		<input checked="" type="checkbox"/>
10		<input checked="" type="checkbox"/>
11		<input checked="" type="checkbox"/>
12		<input checked="" type="checkbox"/>
13		<input checked="" type="checkbox"/>

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14		<input checked="" type="checkbox"/>
15		<input checked="" type="checkbox"/>
16		<input checked="" type="checkbox"/>
17		<input checked="" type="checkbox"/>
18		<input checked="" type="checkbox"/>
19		<input checked="" type="checkbox"/>
20		<input checked="" type="checkbox"/>
21		<input checked="" type="checkbox"/>
22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23		<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :		
24		
25		

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

25/10/2019

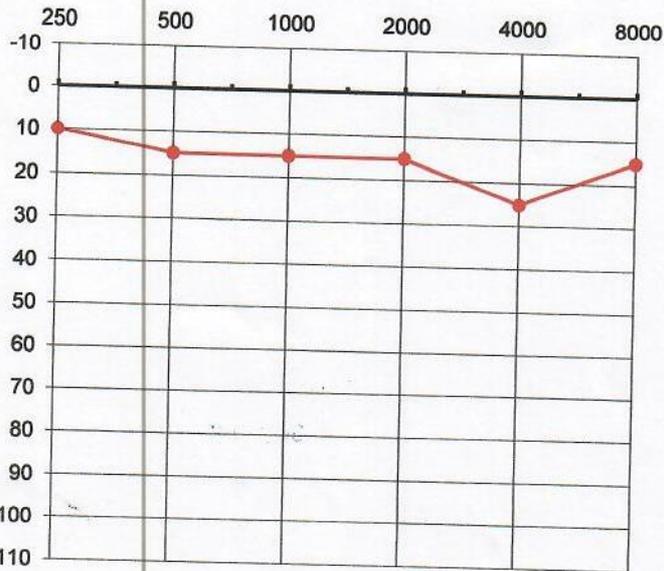
Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

le 24/4/2019

KAMARA François
62 ans

Docteur Pascal GIUDICELLI
221 33 860 94 94

OD - Audiogramme - OG



Perte	OD	OG
moyenne	18	19

WEBER	250	500	1000	2000	4000	8000
front	0	0	0	0	0	0

RS ipsi	droit
500	0
1000	0
2000	0
4000	0

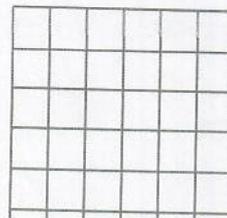
tympano	droite	gauche
VCA en ml	0	0
POM	0	0
CS en ml	0	0
Ampl en daF	0	0

RS ipsi	gauche
500	0
1000	0
2000	0
4000	0

TYMPANOMETRIE OD



TYMPANOMETRIE OG



assourdissement CL

AUDIOGRAMME TONAL: compatible avec l'age