

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : FRANCE		(13) N° référence :		(2) Certificat médical sollicité : Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(3) Nom : NAUDOT		(4) Nom de naissance :		(12) Genre sollicité ☐ initial ☐ renouvellement/prorogation	
(5) Prénom(s) : HAROLD		(6) Date de naissance : 16/04/65		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	
(8) Lieu et pays de naissance : CHARENTAIS FRANCE		(9) Nationalité : FRANCAISE		(14) Type de licence désirée : ATPL	
(10) Adresse permanente : RESIDENCE SEYAL VILLAS SALLY Pays : SENEGAL N° de téléphone : 785957655 Courriel : HAROLDNAUDOTO@ORANGE.FR		(11) Adresse postale : (si différente)		(15) Profession (principale) : Pilote de Ligne CAPT	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(16) Employeur : AIR SENEGAL		(17) Dernier examen médical : 25/11/2022 Date : HONG KONG Lieu :	
types : FCLER AA 29365		Numéro de licence : 00029365		Pays de délivrance : FRANCE	
(20) Est-ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ? Non ☒ Oui ☐ Date : _____ Lieu : _____		(19) Conditions, limitations du certificat médical : Non ☐ Oui ☒ détails : VNL (NEAR vision)		(21) Nombre total d'heures de vol : 16275	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : _____ Lieu : _____		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 230		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : A 319/321	
(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non ☐ Oui ☐ consommation journalière unités		(25) Type de vol envisagé :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☒	
(29) Consommez-vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : _____		(28) Prenez-vous actuellement des médicaments ? Non ☐ Oui ☒ Nature et dose du médicament, depuis quand est-il pris et pourquoi : LOSARTAN - 2016 CONTRAL BLOOD PRESSURE			

Antécédents généraux et médicaux : avez-vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?
A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
☐	☒	☐	☒	☐	☒	Antécédents familiaux	
☒	☐	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒						

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **NAUDOT** Prénoms : **HAROLD** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **16-04-1968**
Lieu de naissance : **CHAUNY (02)**

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 185 cm	(203) Poids 98 kg	(204) Yeux couleur Bleu	(205) Cheveux couleur Brûlé	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 138 Diastolique 87	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 76 Rythme ☐ régulier ☐ irrégulier
---	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--	---

Examen clinique : Cochez chaque item

	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒	☐	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒	☐
(209) Cavité buccale, 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
CDR. 319/81 (aud 2012) Ain Senegal SA. 1 anet ved. 6 mois. Hong Kong. 58 ans. Acute Sam Enft. Nat'nal BB. 131/89. TI=68.

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

Œil droit sans correction	Corrigée à	10
Œil gauche sans correction	Corrigée à	10
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	

(230) **Vision Intermédiaire** N14 lu à 100cm

sans correction		avec correction	
Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☐	☒	☐
Œil gauche	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☐	☒	☐

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm

sans correction		avec correction	
Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☐	☒	☐
Œil gauche	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☐	☒	☐

(232) **Lunettes** (233) **Lentilles de contact**

Oui ☒	Non ☐	Oui ☐	Non ☐
Type :		Type :	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Œil droit			
Œil gauche			

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

Tables pseudo-isochromatiques Type **ISHIHARA**

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

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

Oreille droite		Oreille gauche	
Oui	Non	Oui	Non
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	☒	☒	☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

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

VEMS/CV	%	Peak Flow	(l/min)	123 (g/dl)
Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐

(248) **Commentaires, limitations :**

VM2.

Apte. classe 1 -> 16-10-2023

(235) **Analyse d'urine** Normale ☒ Anormale ☐

Glucose 0	Protéines 0	Sang 0	Autres	
Rapports annexés				
(238) ECG	Non réalisé ☐	Date 16-11-2023	normal	anormal
(239) Audiogramme	☐	16-11-2023	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐		☐	☐
(241) Examen ORL	☐		☐	☐
(242) Lipides sanguins	☐		☐	☐
(243) Fonction respiratoire	☐		☐	☐
(320) Tonométrie G : D : mmHg	☐		☐	☐
(244) Divers (Sujet?) :	☐		☐	☐

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

Avis : **Apte**

Nom : **Dr Patrick CORREA**

Signature : **Dr Patrick CORREA**

Médecine Aeronautique
MD004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857 - FAA-00773

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

☒ **APTE pour la classe :**

☐ **certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) 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	LAPL	PNC/CCA
☒	☒	☒	☒	☐

(249) **Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé**

Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date : 16-11-2022	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Dr Patrick CORREA	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Dr Patrick CORREA
et lieu : 16-11-2022	Fax : 3, Av. des Ambassades	Numéro d'AME : MD004/ANACS/DTA/08
	Telephone : DAKAR SENEGAL	DGAC N°3857 - FAA-00773