



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 :** II  
**NOM DE L'EMPLOYEUR :** BANQUE MONDIALE (IFC)  
**ADRESSE :** RUE AIME LESAIRE, F4000, FAIS

#### Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : KUHN Prénom : PHILIPP Nationalité : ALLEMAGNE Né(e) le : 04/09/1982 Lieu et date de l'examen médical : DAKAR 18.04.2024 Adresse : RUE AIME LESAIRE X IMPASSE FN 18, RUE FN 18 Z0 DAKAR Téléphone : 78-589-34-46 email : phkuhn@live.com Profession/activité : RESPONSABLE DE GOUVERNANCE, BANQUE MONDIALE Situation de famille : CELIBATAIRE		<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) Aérodrome : AERODROME IBA GUEYÉ Activités aériennes antérieures : <input type="radio"/> Heures de vol : <input type="radio"/>
---	--	---

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

Si OUI : Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Vous avez été déclaré :  Apté  Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proches de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ?  OUI  NON

#### Questionnaires précisant sur les réponses « OUI »

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		✗
2 Taux de cholestérol élevé	✓	
3 Maladie respiratoire	✗	
4 Maladies de l'estomac	✗	
5 Maladies du foie	✗	
6 Diabète	✗	
7 Maladies rénales	✗	
8 Maladies articulaires et du dos	✗	
9 Maladie thyroïdienne	✗	
10 Tumeur ou maladie cancéreuse	✗	
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels	✗	
12 Vertiges, pertes de connaissance	✗	
13 Migraines	✗	

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.

Toute 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

18.04.2024

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

① Aine algométrie - ② Amygdalectomie dans enf. - ③ Table vision éculaire.  
 ④ Rire - râlage - ⑤ Mat chirurgie réparatrice. meg (2022)



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date  
d'application :  
10/06/2017

Page  
1 sur 2

NOM : <i>KUHN</i>	Prénoms : <i>PHILIPP</i>	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <i>04.09.1982</i> Lieu de naissance : <i>BRÜHL, ALLEMAGNE</i>				
(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>173</i> cm	(203) Poids <i>98</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Brun</i>	(205) Cheveux couleur <i>Brun</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg <i>131 82</i>	(207) Pouls au repos Systolique <i>69</i>

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
*Candidat. E.P., maturation Hobby; Cœurs. œufs; fondomètre intestinal*  
*Tabsac = œil Ada = œil. Spalt- 2x3x1 neu. III = 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/Contac t	
Œil droit sans correction	Corrigée à			
Œil gauche sans correction	Corrigée à		<i>10</i>	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à		<i>10</i>	
(230) Vision intermédiaire			Sans correction	Avec correction
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche			<input checked="" type="checkbox"/>	
Vision binoculaire			<input checked="" type="checkbox"/>	

Glucose	Protéines	Sang	Autres
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	
Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal
(238) ECG	<i>18-06-2016</i>	<i>1</i>	
(239) Audiogramme	<i>18-06-2016</i>	<i>1</i>	
(240) Examen Ophthalmologique			
(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			
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 :		Type :	
réfraction	Sph	Cylindre	Axe
(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées	Nombre d'erreurs

(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		Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
		Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
-----------------------------	--	-------------------	--

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	14,3 (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"/> <i>14,3 &gt; 9,83</i>

(248) commentaires, limitations :	
-----------------------------------	--

(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
--------------------	--	---------------------------------	---------------------

D : mmHg			
(244) Divers (Sujet ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis :	Nom :
<i>Télescopie caulinus. Evaluation.</i>	Signature : <i>Dr Patrick CORREA</i> Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC 113857 - FAA-00773

(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 : *opticien.  
Télescopie caulinus.*

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 <input type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------



IDD<<L4 YMV2N830<<<<<<<<<<<  
8209049<3011113D<<<<<<<<<<<<8  
KUHN<<PHILIPP<<<<<<<<<<<<<

Nom : Kuhn .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Lieu de Naissance : .....

Numéro Tél. : .....

Poids : ..... 98

Taille ..... 173

T.A ..... 13.1 - 87.169

Pouls.....

Urinés ..... Pdg: 83 HG: 14.3

Avec c —

$0_b = 10$

$0_G = 20$

$\gamma_L = 20$

$I_h = 7 / 26$

chap' e18

Dit avoir un  
problème à distin-  
guer le Rouge  
et le Vert