



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 :

ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : GUITTARD Prénom : CHRISTOPHE Nationalité : FRANÇAISE Né(e) le : 08/06/67 à : MONTAGNAIS (FRANCE) Lieu et date de l'examen médical : 13 NOV 2018 DAKAR Adresse : 69 rue 172 ZOB DAKAR Téléphone : 77-662-46-84 email : europeans6@gmail.com Profession/activité : GENDARMAT Situation de famille : MARIE	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 : AEROCLEUB IBA GUEYE Activités aériennes antérieures : Heures de vol : 0
---	---

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

Si OUI : Date : 07/10/2015 Lieu : DAKAR Nom du médecin : Dr COLREY

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 DIABÈTE (MÈRE)

Questionnaires précisant 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"/>	<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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21	Consommez-vous de l'alcool ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
25	Autres	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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 tests 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

13/11/2018

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



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 : <i>GUTTARD</i>	Prénoms : <i>CARISTOKA</i>	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <i>08/06/1967</i> Lieu de naissance : <i>MONTARGIS (FRANCE)</i>				
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>177 cm</i>	(203) Poids <i>85 kg</i>	(204) Yeux couleur <i>Jaune Bleu</i>	(205) Cheveux couleur <i>Brun</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg <i>134 74</i>	(207) Pouls au repos Systolique Diastolique Pulsations Rythme <i>77</i> <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier

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

*Gendarme. Cau de dat. E.P. Aeroclub Ibaq. 58 an. 1 an 3+2
debut de la 2ème Dernier an 2015 pour taffa + DNI DTB 2, Bilan cardiopas en
Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)*

*Traçage =
Réac =
Spantex =
Iscom =*

(235) Analyse d'urine Normale anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième

Lunettes/Contac
t

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

(230) Vision intermédiaire Sans Avec
correction 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>-</i>	<i>0</i>	

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
<i>(238) ECG</i>	<i>13-10-2015</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>	<i>FA petit</i>

(239) Audiogramme			

(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					<i>✓</i>
Œil gauche					<i>✓</i>
Vison binoculaire					<i>✓</i>
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Type :	
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	
(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>			
Tables pseudo-isochromatiques		80	Type ISHIHARA		
Nombre de tables présentées			Nombre d'erreurs <i>0</i>		
(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 type="checkbox"/>	
Audiométrie éventuelle					
Hz	500	1000	2000	3000	4000
Oreille droite					
Oreille gauche					
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine			

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	12,6 (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"/>	Gde = 1,10

(248) commentaires, limitations : *Sous peu AFCA. asymptomatic, aux DNI & équipages, sans facteur risqué CV par vol d'entraînement. Décliné. Apté 3 mois. équipage multiple → 31-01-2026*

(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
<i>13-10-2025</i>	<i>Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL</i>	 <i>Dr Patrick CORREA Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773</i>

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE	SN-SEC-MED-FORM-03-A 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 :

CHRISTOPHE GILBERT GUILTARD

Né(e) le : **08/06/1967** à MONTARGIS Age : **58 ANS.....**

Demeurant :69 RUE MZ 206 DAKAR.....

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des priviléges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **13/10/25**

Limite de validité : **31/01/26**

Durée de validité : **...3 MOIS.....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE ET EQUIPAGE MULTIPLE

Signature et cachet


Dr. Patrick CORREA
 Médecin Aéronautique
SN - MED-004
 DGAC N°3857 - FAA-00773

Un navigant doit cesser d'exercer les priviléges 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 priviléges.

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 susmentionnée.