

 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

TYPE DE PERSONNEL : ELEVE PILOTE
CLASSE : 2
NOM DE L'EMPLOYEUR :
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>GUITTARD</u> Prénom : <u>CHRISTOPHE</u> Nationalité : <u>FRANCAIS</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>08/06/1964</u> à : <u>PONTARGIS (FRANCE)</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>03/09/2018 à DAKAR</u> Adresse : <u>63 rue 172 206 DAKAR</u> Téléphone : <u>77-66646-56</u> email : <u>europa56@gmail.com</u> Profession/activité : <u>GENDARME</u> Situation de famille : <u>MARIÉ</u>	Activité(s) pratiques ☒ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <u>7</u>
---	---

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

Si OUI : Date : ____/____/____ Lieu : _____ Nom du médecin : D'ORREA

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 non = diabète

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

	OUI	NON
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

	OUI	NON
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
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 textes en vigueur.

Toutes fausses déclarations 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

03/09/2018



Annotations du médecin-examineur 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 : <u>GUITTARD</u>		Prénoms : <u>CHRISTOPHE</u>		Date de naissance <u>08/06/1967</u> (JJ/MM/AAAA):		Lieu de naissance : <u>Montargis (France)</u>	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille <u>177</u> cm	(203) Poids <u>87</u> kg	(204) Yeux couleur <u>Aucun</u>	(205) Cheveux couleur <u>Brun</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique <u>124</u>	Diastolique <u>87</u>	Pulsations <u>79</u> ☒ irrégulier ☐ 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)	<u>1</u>	
(210) Nez, sinus	<u>1</u>		(220) système génito-urinaire	<u>1</u>	
(211) Oreilles, tympanes, 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

Condanne EP. en cœur entacté. 58 ans. Acuit 3+2

Suivi pour FA. Contact DMD.

III = X-raye, Cardiaque.

Tel. 06 00 00 00 00

Acc = 0000

Spout = 2-3x1

Noté en.

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/Contact	
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>	
(230) Vision intermédiaire			
	Sans correction	Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui Non	Oui Non	
Œil droit		<u>10</u>	
Œil gauche		<u>10</u>	
Vision binoculaire		<u>10</u>	

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<u>0</u>	<u>0</u>				
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			<u>03-08 2026</u>		<u>1</u>
(239) Audiogramme					
(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) de près		Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit				1	
Œil gauche				1	
Vison binoculaire				2	
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui ☒ Non ☐		Oui ☐ Non ☐			
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	
(313) Perception des couleurs Normale ☐ Anormale ☐					
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA			
Nombre de tables présentées 40		Nombre d'erreurs 0			
(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'examineur		Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐		
Audiométrie éventuelle					
Hz	500	1000	2000	3000	4000 6000
Oreille droite					
Oreille gauche					
(236) Fonction respiratoire			(237) Hémoglobine		
VEMS/CV %		Peak Flow (l/min)		11,5 (g/dl)	
Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☒ Anormal ☐	
(248) commentaires, limitations : Eca (238) Peril FA + + + . CR cardio + bilan = Semeille + III cardiaque. Apte classe 2 → 31-05-2026 T. H. J. man					
(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé					
Je soussigné 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	
09-03-2026		Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL		Cachet et signature Dr Patrick CORREA Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773	

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

CATEGORIES		
CLASSE 1 ☐	CLASSE 2 ☒	CLASSE 3 ☐

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **CHRISTOPHE GUITTARD**

Né(e) le : **08/06/1967** à **MONTARGIS** Age : **31 ANS**

Demeurant : **69 RUE MZ 206**

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.

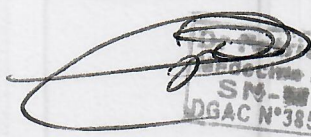
Date de l'examen : **03/02/26**

Limite de validité : **31/05/26** Durée de validité : **3 MOIS**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE ET EQUIPAGE MULTIPLE

Signature et cachet


PATRICK CORREA
 Médecin Aéronautique
 SN-MED-004
 DGAC N°3857 - FAA-00773

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 Evaluator 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.