



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 Contrôleur
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA - Bissau
ADRESSE : Bissau

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : Arnoldo Samu Prénom : Anselmo Nationalité : Bissau Guinéenne Né(e) le : 29/10/1997 à : Bissau Lieu et date de l'examen médical : AMS 22/08/2025 Adresse : Bissau Téléphone : 95 55 42817 Email : anselmo.samu@gmail.com Profession/activité : Situation de famille : Celibataire	Activité(s) pratiques <input 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 : Activités aériennes antérieures : Heures de vol :
--	--

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 proche de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? OUI NON

Questionnaires précisons sur les réponses « OUI »

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

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14 Troubles du sommeil	X	
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	X	
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?	X	
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	X	
18 Etes-vous un consommateur de tabac ?	X	
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	X	
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?	X	
21 Consommez-vous de l'alcool ?		
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	X	
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	X	
Pour les candidates :		
24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	X	
25 Autres		X

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

22/08/2025
Anselmo Arnoldo Samu

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

22 : Motions de PVC dans l'œilce.



Agence Nationale de
l'Aviation
Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE
RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

SN-SEC-MED-FORM-02-A

Date
d'application :
10/06/2017

Page
1 sur 2

NOM : <i>Arnold Seme</i>	Prénoms : <i>Andenis</i>	Date de naissance (jj/MM/AAAA) : <i>29/10/1997</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 cm <i>175</i>	(203) Poids kg <i>66</i>	(204) Yeux couleur <i>Vert</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg <i>117 / 68</i>	(207) Pouls au repos Systolique <i>117</i>	Diastolique <i>68</i>	Pulsations <i>58</i>	Rythme <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)	<input checked="" type="checkbox"/>
(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	<i>Elève asthmatique, 29 ans, célib. 1 enf, Native.</i>			

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

Glucose	Protéines	Sang	Autres
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Rapport annexés Non Date Nor
réali sé mal Anor
mal

(238) ECG

2108/06

(239) Audiogramme

2108/06

(240) Examen
Ophtalmologique

(241) Examen ORL

(242) Lipides sanguins

(243) Fonctions
respiratoires

(320) Tonométrie G :

Œil droit sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à		

(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"/>			



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		X		
Œil gauche		X		
Vison binoculaire		X		
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Type :
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées	20
	Nombre d'erreurs 2

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

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oreille droite	Oreille gauche
	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

Gly : 0,64

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(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"/> 7.8

(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"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis :	Nom :
	Signature :

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

<input type="checkbox"/> APTE pour la classe :
<input type="checkbox"/> INAPTE pour la classe :
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <input type="checkbox"/>

Nom : Arnaldo Sonea
Prénom : Annélie
Date de Naissance : 29/10/1997
Lieu de Naissance : Binom
Numéro Tél. : +245 95 554 28 14
Poids : 66 Kg
Taille : 1 m 79
T.A : 117 / 68
Pouls. : 58
Uries. O : Og 0.66 Hg 7.8

Sans e

OD : 10

OG : 10

ay : 10

ish : 18

chp: ok

nt, ok

TP +
Hc
spf:
+
-

= $27\frac{1}{2}$, ref:

~~100~~ ref

+ base HCP
- Tc HCO
spf: