

 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 : Elève
CLASSE : 2
NOM DE L'EMPLOYEUR : Aéroclub Iba Guze
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>PELTRE</u> Prénom : <u>David</u> Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Né(e) le : <u>12/08/1978</u> à : <u>VERDON (France)</u> Sexe : ☐ F ☒ M Lieu et date de l'examen médical : <u>Cabinet ARIS, le 05/02/26</u> Adresse : <u>Cité Assemblée OUA KAM</u> Téléphone : <u>77-12-04-19</u> email : <u>david.peltre@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Directeur Développement Afrique INGEROP</u> Situation de famille : <u>Marité</u>	Activité(s) pratiques ☒ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) <u>Aéroclub Dakar</u> Aérodrome : <u>Yoff (DKR)</u> Activités aériennes antérieures : <u>Panachette</u> 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 : ☐ 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

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

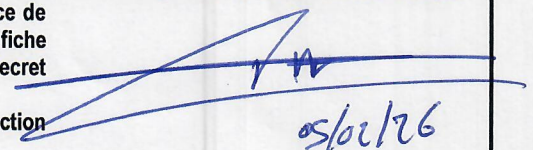
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<u>X</u>
2 Taux de cholestérol élevé		<u>X</u>
3 Maladie respiratoire		<u>X</u>
4 Maladies de l'estomac		<u>X</u>
5 Maladies du foie		<u>X</u>
6 Diabète		<u>X</u>
7 Maladies rénales		<u>X</u>
8 Maladies articulaires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

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

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 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


 05/02/26

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

15- Approche de dans engle ; (2008) Henri D. 24/5 Si → RAS



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 : PELTRE

Prénoms : David Georges

Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 12/08/1978

Lieu de naissance : VERDON (France)

(201) Catégorie
d'examen
☒ Initial
☐ Prorogation
☐ Renouvellement
☐ Recours spécial

(202) Taille
180 cm

(203) Poids
81 kg

(204) Yeux
couleur
Gris.

(205) Cheveux
couleur
Blond

(206) Tension artérielle
(assis)
mmHg

Systolique
113

Diastolique
68

Pulsations
50

(207) Pouls au repos
☐ irrégulier
☒ régulier

Examen clinique : Cochez chaque item

	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	☒		(219) Anus, rectum (si nécessaire)		
(210) Nez, sinus	☒		(220) système génito-urinaire	☒	
(211) Oreilles, tympons, 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

EP. Aereckal de la Guyane, Architecte 47 ans. Aucun 4e alt. Tabac = 0.
Activité = Rime suft; pilote charon projet educ Aptitude Noth (17 ans) Spout = 3 x 12 ans. 11 = 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/Contact	
Œil droit sans correction	10	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	
(230) Vision intermédiaire		Sans correction	Avec correction
N14 lu à 100cm		Oui	Non
Œil droit		☒	
Œil gauche		☒	
Vision binoculaire		☒	

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
☒	☒	☒		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal
(238) ECG			05-02-2016	☒
(239) Audiogramme			05-02-2016	☒
(240) Examen Ophtalmologique			05-02-2016	☒
(241) Examen ORL			05-02-2016	☒
(242) Lipides sanguins			05-02-2016	☒
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				

E.E.G. - RAS

R & P. 111111 = RAS



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				
Vision binoculaire				
(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	Nombre d'erreurs

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

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)	15,1 (g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

Apté clonaz → 28-02-2017

(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

07-02-2017

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

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

D : mmHg				
(244) Divers (Sujet ?)	☐		☐	☐

(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

☒ APTÉ 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.

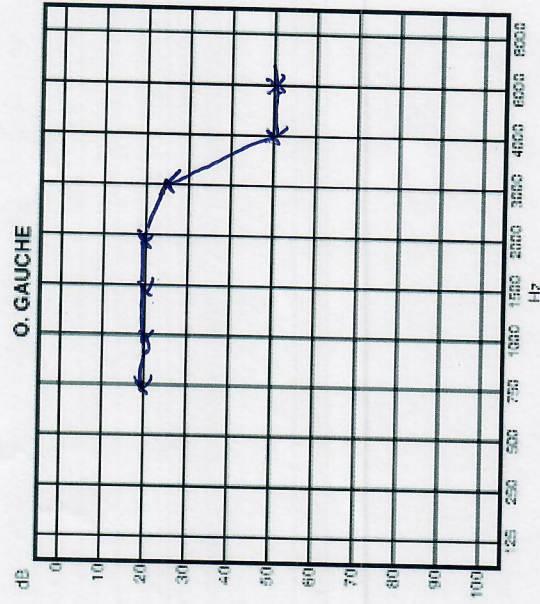
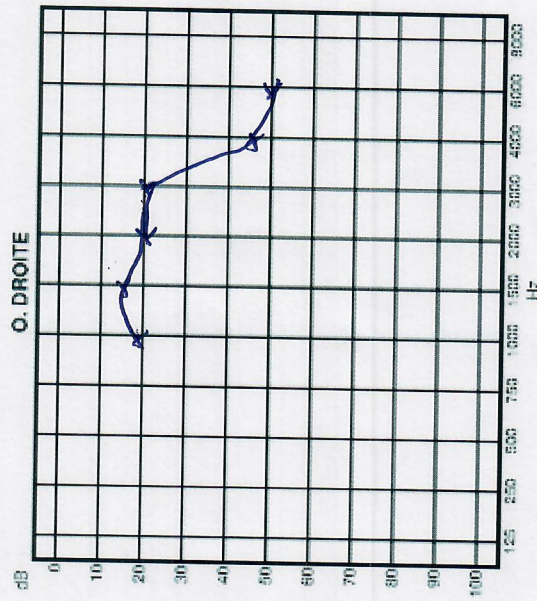
Décision n° Du

Libellé :

Champ d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3
	☐	☒	☐

Date : 05-01-16
Nom : P. P. L.
Prénom : David G.
Date de Naissance : 12-08-78

AUDIOGRAMME



 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 : **DAVID GEORGES PELTRE**

Né(e) le : **12/08/1978** à **VERDON** Age : **47 ANS**.....

Demeurant :**CITE ASSEMBLEE OUAKAM**.....

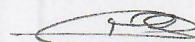
Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **05/02/26**

Limite de validité : **28/02/27** Durée de validité : **...1 AN**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet


Dr 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 Evalueur 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.