

 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 : Contrôleur Aérien
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA DAKAR
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>HOUNOUNOU</u> Prénom : <u>BRICE JUDICHEL</u> Nationalité : <u>CONGOLAISE</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>09/08/1975</u> à : <u>BRAZZAVILLE</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>CMS AMS 18/02/2026</u> Adresse : <u>Lot N°1 Meunier</u> Téléphone : <u>773485566</u> email : <u>bricehounounou@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Contrôleur Aérien</u> Situation de famille : <u>Marie</u>	Activité(s) pratiques ☐ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ 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 : 12/03/2025 Lieu : Urgence médicale Nom du médecin : Docteur NIANG

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 »

		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		☒

	Répondez aux questions suivantes :	OUI	NON
14	Troubles du sommeil		☒
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		☒
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?	☒	
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		☒
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	☒	
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		☒
21	Consommez-vous de l'alcool ?		☒
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	☒	
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		☒
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

[Signature]
18/2/2026

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

Nation Lambascatique aig muir + leine. → 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 : HOUNOUNOU

Prénoms : BRICE JUDICIEL

Date de naissance 09/08/1975

(JJ/MM/AAAA):

Lieu de naissance : BRAZZAVILLE

(201) Catégorie
d'examen

- ☐ Initial
☒ Prorogation
☐ Renouvellement
☐ Recours spécial

(202) Taille

183 cm

(203)
Poids

105 kg

(204) Yeux
couleur

Neu

(205)
Cheveux
couleur

Neu

(206) Tension artérielle
(assis)

mmHg

Systolique

154

Diastolique

98

Pulsations

86

(207) Pouls au repos

Rythme

☐ 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, tympans, 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

Contrôleur Aérien ASecma - 50 ans - 1 an 5 left.

Plante = RAS - semi pain DND. (2006 - 1998 oct 2005 =

Tel = 00

Alc = 00

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

HTA pcuté - mort

+ hège non compatible.

(235) Analyse d'urine

Normale ☐

anormale ☒

(229) (de loin à 5m/6m en dixième

Lunettes/Contac
t

Œil droit sans correction

Corrigée
à

10

Œil gauche sans correction

Corrigée
à

10

Vision binoculaire, sans
correction

Corrigée
à

10

(230) Vision intermédiaire

Sans
correction

Avec
correction

N14 lu à 100cm

Oui

Non

Oui

Non

Œil droit

✓

Œil gauche

✓

Vision binoculaire

✓

Glucose

0

Protéines

0

Sang

0

Autres

Rapport annexés

Non
réali
sé

Date

Nor
mal

Anor
mal

(238) ECG

15-02

2006

✓

(239) Audiogramme

18-02

2006

✓

(240) Examen
Ophtalmologique

(241) Examen ORL

(242) Lipides sanguins

18-02

2006

✓

(243) Fonctions
respiratoires

(320) Tonométrie G :

Rx Primum

Rx



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			2	
Vision binoculaire			2	
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui ☒ - Non ☐	Oui ☐		Non ☐	
Type :	Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

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 :	

(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 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)	(g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

(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

Date :

18/02/2026

Nom :

HOUKOUNOU

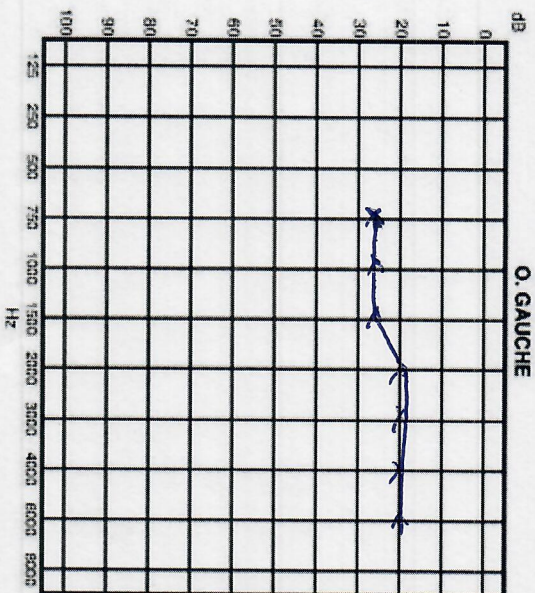
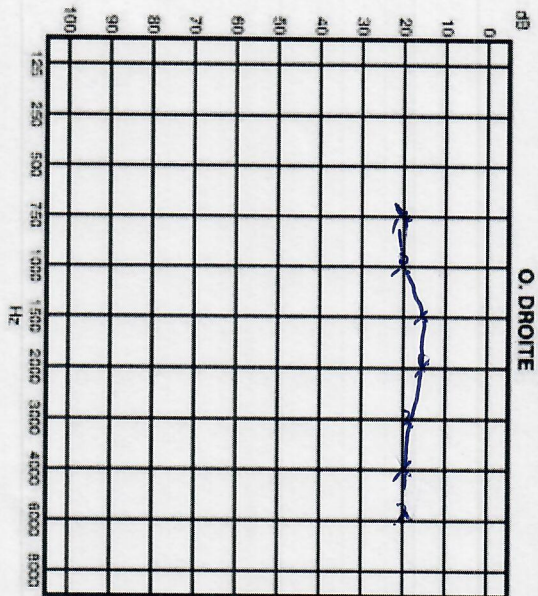
Prénom :

BRICE JUDICIEL

Date de Naissance :

09/08/1975

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 : **BRICE JUDICAEL HOUNOUNOU**

Né(e) le : **09/08/1975** à **BRAZZAVILLE** Age : **50 ANS**

Demeurant : **LOT N°1 MERMOZ**

REPOND (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

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 : **18/02/26**

Limite de validité : **30/09/26** Durée de validité : **6 MOIS**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

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 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.