

RÉPUBLIQUE DU CONGO
AGENCE NATIONALE DE L'AVIATION CIVILE



FORMULAIRE DE DECLARATION SUR L'HONNEUR
POUR EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL
AERONAUTIQUE

Réf : F-DSA-3220-PEL

	Nom	Fonction	Date	Visa
Rédaction	MONTOLÉ INGOBA Chancelvie	Bureau Médecine Aéronautique	08 AOÛT 2025	
	BOLENGA Alexis Fortuné			
Vérification	BOLANZI MALALOU Guylène	Chef de Service Personnel Aéronautique et Aéromédecine	08 AOÛT 2025	 
	MOTOLY Michel Arcadius	Directeur de la Sécurité Aérienne		
Validation	MAKAYA BATCHI Boris	Directeur Général Adjoint p.i.	08 AOÛT 2025	
Approbation	DZOTA Florent Serge	Directeur Général de l'ANAC	08 AOÛT 2025	

Édition 01 – Août 2025

Niveau de diffusion : ☒ Interne ☒ Externe ☐ Confidentiel



I. IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Nom(s) : _____
Prénom(s) : _____
Date et lieu de naissance : _____
Adresse : _____
Tél : _____ E-mail : _____

II. RENSEIGNEMENTS

Licence aéronautique n° : _____ Pays de délivrance : _____
Date du dernier examen : _____ Restrictions : _____
Certificat Médical demandé : Initiale ☐ Renouvellement ☐
Classe : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
Nombre d'heures de vol : _____ Total des six derniers mois : _____
Type d'aéronef : _____ Employeur : _____
Accident/Incident d'avion : Oui ☐ Non ☐
Si oui, Date : _____ Lieu : _____
Vous êtes-vous déjà présenté(e) à un examen médical pour le renouvellement ou l'obtention d'une licence ? : Oui ☐ Non ☐
Si oui, Date : _____ Lieu : _____ Résultat : _____
Avez-vous déjà eu à bénéficier d'une dérogation médicale ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, précisez : _____
Avez-vous déjà eu un refus, une suspension ou une révocation du médical ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, Date : _____ Lieu : _____ Détails : _____
Nom et adresse de votre médecin personnel : _____

III. ANTECEDENTS MEDICAUX

Souffrez-vous actuellement ou avez-vous déjà souffert d'une des maladies énumérées ci-dessous ? (Si votre réponse est affirmative, donnez des précisions dans la case d'observation)

	OUI	NON		OUI	NON
Fréquents maux de tête ou sévices			Troubles nerveux, affection psychologique		
Etourdissement ou évanouissement répétés			Usage habituel de drogues ou narcotiques		



**FORMULAIRE DE DECLARATION SUR L'HONNEUR
POUR EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL
AERONAUTIQUE**

Page : 2 de 2
Révision : 01
Date : Août 2025

Perte de connaissance		Usage excessif d'alcool	
Troubles oculaires, sauf port de lunettes		Tentative(s) de suicide	
Rhume des foies		Mal de l'air nécessitant l'usage de médicaments	
Asthme		Blessure, lésion ou séquelle d'opération	
Troubles cardiaques		Hospitalisation au cours des deux dernières années	
Hypertension ou hypotension artérielle		Accidents/incidents d'avion	
Trouble gastrique		Autres accidents	
Epilepsie ou crises (date de la dernière crise)		Autres maladies	
Port de pacemaker		Usages des médicaments	
Apnée du sommeil			
Y a-t-il dans votre famille des antécédents de Diabète, Maladie cardiovasculaire, Tuberculose ?			
Estimez-vous jouir d'une bonne santé physique et mentale ?			

IV. OBSERVATIONS

V. DECLARATION DU CANDIDAT

Je certifie que toutes mes déclarations et réponses sont, autant que je sache, complètes et exactes.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis, et toute fausse déclaration de ma part m'expose aux sanctions prévues par les règlements en vigueur de l'Agence Nationale de l'Aviation Civile.

Je donne mon consentement pour que les renseignements médicaux pertinents puissent être soumis à l'évaluateur médical de l'ANAC.

Fait à : -----

Date et signature du candidat

Signature et cachet du Médecin Agrée (Témoin)

Ce formulaire doit être transmis à l'ANAC à l'adresse ci-dessous