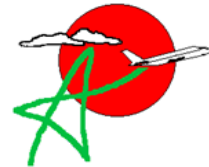




Royaume du Maroc
Ministère de l'Équipement et des Transports
Direction Générale de l'Aviation Civile
Direction de l'Aéronautique Civile



Procédure : Agrément d'un Centre d'Expertise en Médecine Aéronautique
Ref. : F-DSA-270-MED

Processus : Personnel aéronautique
Version : 01
Date de création : 14/07/09

	Nom	Fonction	Date	Visa
Rédacteur	A. BOULMANE	Chef de la Division de la Sécurité Aéronautique	24/09/2009	Original visé disponible à la DSA
Vérification	C.ABDELKHIRANE	Cardiologue / secteur libéral	28/09/2009	
	M.BOUSSIF	Médecin spécialiste / secteur militaire		
Approbation	A. MANAR	Directeur de l'Aéronautique Civile	30/09/2009	

SOMMAIRE

Le formulaire.

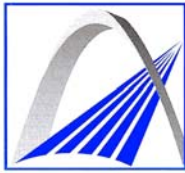
DIFFUSION

Points documentaires

Historique des versions :

Date	Version	Motif de la modification	Rédacteur

Niveau de diffusion : Interne Externe Confidentiel



Royaume du Maroc
Ministère de l'Équipement et des Transports
Direction Générale de l'Aviation Civile
Direction de l'Aéronautique Civile



**FORMULAIRE DE DEMANDE
DE DELIVRANCE, DE MODIFICATION OU DE RENOUVELLEMENT
D'AGREMENT DE CENTRE D'EXPERTISE EN MEDECINE AERONAUTIQUE**

0.- MOTIF DE LA DEMANDE /

- Délivrance**
- Modification**
- Renouvellement**

I. - GENERALITES SUR LE POSTULANT :

I.1.- Nom et adresse du postulant et base principale d'activité :

I.2.- Numéro d'agrément et date d'expiration :

I.3.- Domaine d'agrément :

<i>Habilitations détenues</i>					<i>Habilitations sollicitées</i>				
<i>Examen médical</i>	<i>certificats médicaux de classes :</i>				<i>Examen médical</i>	<i>certificats médicaux de classes :</i>			
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>		<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>D'admission</i>					<i>D'admission</i>				
<i>Révisionnel</i>					<i>Révisionnel</i>				

I.4.- Encadrement :

➤ Médecin Chef :

Nom et Prénom	Contact

➤ Médecin Responsable Qualité :

Nom et Prénom	Contact

➤ Noms des Médecins spécialistes en :

	Nom et Prénom	Contact
Ophthalmologie		
O.R.L		
Psychiatrie		
Médecine interne		
Cardiologie		

II.- DOSSIER ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE :

Date de dépôt	Date de dernière mise à jour	Observations

III.- MANUEL D'ORGANISATION ET DE PROCEDURES :

N° d'Edit	N° d'Amdt	Observations

IV.- SOUS-TRAITANCE :

Explorations et contrôles médicaux sous-traités	Nom du sous-traitant	Contact

V.- DECLARATION ET ENGAGEMENT DU MEDECIN CHEF :

Je soussigné

en qualité de Médecin Chef du CEMA mentionné au § I.A.1.- ci-dessus,
certifie autant que je sache, les déclarations que contient la présente
demande sont sincères et véritables.

Signature :

Date :