



**FORMULAIRE DE DEMANDE DE L'AGREMENT POUR
 PRATIQUER LES EXAMENS MEDICAUX EXIGES
 DU PERSONNEL AERONAUTIQUE**

Nom			
Prénom			
Age			
Nationalité			
Profession			
Ordre des médecins	N° _____	/N.O	Du _____
Type de cabinet :	Privé ()	Public ()	Militaire ()
Adresse géographique du cabinet (Nom, Situation, BP, Tel, FAX, Internet) :			
Nb d'examens pratiqués en :	Année n-3 :.....	Année n-2 :.....	Année n-1 :.....
Spécialités Médicales d'intérêt aéronautique	1. _____		
	2. _____		
	3. _____		
	4. _____		
Agrements étrangers dont vous êtes titulaires	1. _____		
	2. _____		
	3. _____		
	4. _____		

Séminaires en médecine aéronautique auxquels vous avez assisté durant les trois dernières années:	1.
	2.
	3.
	4.
Congrès, réunions et colloques de médecine aéronautique et spatiale auxquels vous avez participé:	1.
	2.
	3.
	4.
Sociétés d'études sur la médecine aéronautique dont vous êtes adhérent:	1.
	2.
	3.
	4.
Expérience pratique	
Pratique en vol :	() <i>Oui</i> () <i>Non</i>
Si oui :	() Avion
	() Hélico
	() ULM
Heures de vol :	Total général :
	Les douze (12) derniers mois :
Autres :	

Fait à, le.....

Signature

Cadre réserve à l'Administration	
<u>Avis du</u> Comité d'Experts en Médecine Aéronautique	<u>Avis du</u> Directeur de l'Aéronautique Civile