



RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
AUTORITÉ DE L'AVIATION CIVILE

FOAAC-PEL-02-21

FORMULAIRE
DEMANDE D'APPEL D'UNE DÉCISION D'UN
MÉDECIN EXAMINATEUR DESIGNÉ OU D'UN
CEMA AGRÉÉ

1^{ère} édition : Septembre 2016

Amendement 00 : 09/09/ 2016

Licence aéronautique N ° :

Pays de délivrance :

Nom:

Prénoms:

Numéro d'identification nationale
(si applicable):

Nationalité

.....

Lieu et date de naissance :

.....

.....

Sexe :

M

F

Application :

Initiale

Renouvellement

Pays de résidence :

Classe du médical demandé

1^{ère}

2^{ème}

3^{ème}

Autre

Occupation (principale)

.....

Adresse permanente :

Boîte Postale :

Pays :

Tél. :

Cell. :

E-mail:

Adresse Postale (Si différente) :

Boîte
Postale :

Tél. :

Cell. :

E-mail:

Employeur (principal)

.....

Dernier examen médical

Lieu :

Date :

Expiration :

Diagnostic motivant l'inaptitude :

.....

Restriction accordées à ce jour :

.....

Date de la 1^{ère} demande de
dérogation :

.....

Déclaration : J'atteste avoir soigneusement examiné mes déclarations ci-dessus que je considère, au mieux de ma conviction complètes et correctes.

Consentement : Je donne mon consentement pour que tous les renseignements médicaux pertinents puissent être soumis à l'Évaluateur Médical de l'Autorité de l'Aviation Civile.

.....

Date.....

Signature de l'Applicant

Décision du Comité des Experts en médecine Aéronautique

.....
.....
.....
.....
.....

Date

Signatures