



République du Gabon
Agence Nationale de l'Aviation Civile

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'APPEL D'UNE DECISION
D'UN MEDECIN EXAMINATEUR DESIGNE OU D'UN CEMA
AGREE**

*DE-PEL-E-22
Amdt : 00
05/07/2016*

RESERVÉ AU POSTULANT

RESERVÉ AU POSTULANT				
NOM ET PRENOM				
DATE ET LIEU DE NAISSANCE				
NATIONALITE				
Contact (Adresse et n° de Tél)				
Nature du titre aéronautique				
Numéro du titre aéronautique				
Position professionnelle actuelle				
Classe de l'aptitude médicale	Classe 1	Classe 2	Classe 3	
Employeur				
Expérience professionnelle				
Heures totales de vol				
Diagnostic motivant l'inaptitude				
Date de la 1ère demande de dérogation				
Restrictions accordées à ce jour :				

Je soussigné atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus :

Date :

Signature :

RESERVE A L'ANAC

Décision du Médecin Chef du SMA :

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

Fait à , le :.....

Pièces à fournir :

- Formulaire de Demande d'appel d'une décision d'un médecin examinateur désigné ou d'un CEMA agréé dument renseigné.
- Certificat d'inaptitude original ;
- Rapport confidentiel du médecin examinateur désigné ou d'un CEMA agréé proclamant l'inaptitude ;
- Copie du titre aéronautique.