

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

A compléter **intégralement** par le personnel navigant professionnel ou privé de l'aviation civile  
Destinée au Pôle Médical de la DSAC/PN 82 rue des Pyrénées 75970 Paris Cedex 20 – Fax : 01 70 64 27 21

**NOM USUEL** : ..... **NOM DE NAISSANCE** : .....

**PRENOMS** : .....

**SEXE** : Masculin      Féminin      **DATE de naissance** : ..... **LIEU de naissance** : .....

**ADRESSE PERSONNELLE** .....

Code Postal..... Ville..... Pays .....

**Téléphone portable** : ..... **Téléphone fixe** : .....

**Adresse électronique** : .....

**Cochez les cases utiles SVP**

**Je suis déjà titulaire d'une ou plusieurs licences :**

ATPL(A)	CPL(A)	ATPL(H)	CPL(H)
Personnel d'essais réception ; précisez l'activité SVP : .....			
Parachutiste professionnel			
Pilote privé avion - PPL(A)		Brevet de base	LAPL avion – LAPL(A)
Pilote privé hélicoptère - PPL(H)		Pilote de planeur – SPL	
Pilote de ballon libre – BPL			
Autre ( <i>précisez SVP</i> ) :			

→ Qualifications :	Aucune		
Voltige aérienne	Vol de nuit	Vol de montagne	IFR
Remorquage planeurs ou banderoles		Instructeur	Autre :

**Je suis candidat à l'obtention de l'une des licences citées ci-dessus :**

**Précisez laquelle SVP** : .....

**Je suis déjà membre d'équipage de cabine (CCA)**

**Je suis candidat à l'obtention du titre de membre d'équipage de cabine (CCA)**

**Nombre d'heures de vol** : ..... **de sauts** : ..... **d'ascensions** : .....

**Date de fin de validité du certificat médical en cours (ou si caduc du précédent certificat)** : .....

<b>J'ai une activité de pilote militaire</b>	actuelle	passée	Heures de vol à titre militaire .....
--	----------	--------	---------------------------------------

**Date de ma visite médicale** : ..... **Nom de l'AeMC/AME** : .....

**Je demande le transfert de mon dossier au Pôle Médical de la DSAC/PN**

Dans le cadre d'un renvoi / concertation au / avec le Pôle Médical

Dans le cadre d'une demande de réexamen de mon dossier par le Pôle Médical

Afin qu'il soit transmis au Conseil Médical de l'Aéronautique Civile dans le cadre :

D'une demande de dérogation

D'une demande de recours

D'une demande d'incapacité définitive à mes fonctions (*personnels navigants professionnels uniquement*)

D'une demande de réexamen de mon dossier par le CMAC

**Fait à** : ..... **Le** : ..... **Signature** : .....