

Examen médical CEMA

Remplissez ce formulaire si vous voulez obtenir un rendez-vous au **Centre d'Expertise de Médecine Aéronautique (CEMA)**.

- **Demandez votre rendez-vous à temps.** Contactez-nous de préférence 45 jours calendrier avant la date de fin de validité de votre certificat médical actuel ou 45 jours calendrier avant la date souhaitée pour un examen initial.
- Indiquez éventuellement ci-dessous les **dates qui vous conviennent**. Tenez pour cela compte des informations suivantes:
 - o Le **nombre de places** par séance est **limitée**, le CEMA ne pourra pas toujours satisfaire à votre demande.
 - o **Les examens initiaux** ou ceux nécessitant un **ORL ou un ophtalmologue** ont lieu les **mercredi ou jeudi matin** (le planning concret varie d'une semaine à l'autre); Les **autres examens** ont lieu **tous les jours**.
 - o Le CEMA est ouvert tous les jours de 9h à 16h.
- Envoyez ce formulaire à:
 - o **Medex / CEMA**
Place Victor Horta 40/10
1060 Bruxelles
 - o Fax: 02/524 76 00
 - o Mail: Eclg-cema@medex.belgium.be
- Le CEMA planifie aussi vite que possible un rendez-vous et **vous en informe par mail ou par courrier**.

Plus d'information: www.medex.belgium.be/cema

Contact Center: 02/524 97 97

Collaborateur CEMA: 02/524 76 14

1. Complétez vos données personnelles.

Numéro de Registre National	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nom	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Lieu de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nationalité	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
GSM	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

2. Indiquez la classe et le type de rendez-vous souhaités.

<p>Classe(s) souhaitée(s) :</p> <p><input type="checkbox"/> Classe 1 – ATPL, CPL ou MPL</p> <p><input type="checkbox"/> Classe 2 – PPL, SPL ou BPL</p> <p><input type="checkbox"/> Classe 3 – ATC</p> <p><input type="checkbox"/> Classe 4 – ULM ou DPM</p> <p><input type="checkbox"/> Classe LAPL</p>	<p>Demande pour :</p> <p><input type="checkbox"/> Examen initial</p> <p><input type="checkbox"/> Prolongation ou renouvellement</p> <p>Votre attestation est valable jusque : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/></p>
--	---

3. Indiquez éventuellement les dates qui vous conviennent.

/ / 20 ; / / 20 ; / / 20 ; / / 20

Remarque: