

**REFUS DE DÉLIVRANCE DU CERTIFICAT MÉDICAL****DEMANDEUR :**

Nom-Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Référence n° ; ND/

**DATE DE L'EXAMEN MÉDICAL :****CLASSE DU CERTIFICAT MÉDICAL REFUSÉ :****BASE LÉGALE ET RÉGLEMENTAIRE :**

Arrêté ministériel du 21/06/2002 – article n° :

JAR-FCL 3 :

**CAUSE DE L'INAPTITUDE :**

La vérification de votre formulaire de demande et les résultats de votre examen médical effectué à la date mentionnée ci-dessus ont montré que vous ne répondez pas aux normes pour la classe désirée. En conséquence, votre demande de certificat médical pour la classe mentionnée ci-dessus est rejetée.

Vous disposez d'un délai de 30 jours pour solliciter une demande de réexamen de votre dossier médical si vous le souhaitez. Vous pouvez le faire en écrivant à la section de Médecine-Aéronautique de l'Autorité de l'Etat membre des JAA auprès duquel vous avez demandé un certificat médical. **En ce qui vous concerne, vous pouvez adresser votre requête à la Section de Médecine Aéronautique, 56, rue de la Loi à 1040 Bruxelles.**

De plus, ce contrôle vérifiant que vous êtes au-dessous des normes par un certificat de la classe mentionnée ci-dessus, vous interdit d'exercer les privilèges de votre licence/autorisation ou des qualifications indiquées, ceci avec effet immédiat.

Date :

Signature du médecin examinateur agréé :

Numéro d'agrément :

Signature de demandeur pour réception