

**RECOURS AUPRES DU COMITE MEDICAL DU CONTRÔLE
DE LA NAVIGATION AERIENNE (CMCNA)**

Je soussigné(e),

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE PERSONNELLE :

CORPS D'APPARTENANCE :

N° DE LICENCE :

SERVICE D'AFFECTATION :

N° DE TELEPHONE PROFESSIONNEL :

N° DE TELEPHONE PERSONNEL :

déclare faire appel de la décision médicale prononcée le : _____ à _____

par le Docteur _____ médecin agréé par la DSAC,

auprès du **Comité Médical du Contrôle de la Navigation Aérienne**
50, rue Henri Farman
75720 Paris cedex 15
☎ 01.58.09.45.70

Fait àle

Signature

En cas de réponse favorable, j'autorise le secrétaire du CMCNA à transmettre une copie de l'expertise effectuée dans le cadre du recours au médecin évaluateur pour insertion dans le dossier médical de médecine à normes OUI NON

Reçu en main propre le

Signature de l'intéressé :

*NB : Le recours doit être effectué dans un **délai de un mois** à compter de la réception de la notification de la décision du médecin agréé ou du médecin évaluateur. Il doit être adressé au comité médical du contrôle de la navigation aérienne – 50, rue Henri Farman – 75720 PARIS Cedex 15.*