



VERIFICATION DES ATTESTATIONS MEDICALES

DSA.PEL.CHKL.006

CCAA

NOM DE L'INSPECTEUR :	DATE :	SIGNATURE :
-----------------------	--------	-------------

1. Vérification du contenu d'une attestation médicale A (Appréciation) : S = Satisfaisant / NS = Non Satisfaisant		
Item	A	Remarque
Numéro de référence du postulant		
Classe médicale		
Noms et prénoms		
Date et lieu de naissance		
Nationalité		
Limitations, conditions et dérogations		
Noms, Numéro d'agrément et signature du MEA ou du responsable du CEMA		
Date de l'examen général		
Signature du postulant		
Date de fin de validité de l'attestation		

APPROBATION	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
SUIVI	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
REMARQUES				