

# DEMANDE DE RENDEZ-VOUS POUR EXAMEN MÉDICAL EN VUE DE L'OBTENTION DU CERTIFICAT DE QUALIFICATION DE L'UNION EUROPÉENNE POUR LA NAVIGATION FLUVIALE


- LUXEMBOURG**  
32, rue Glesener  
L-1630 Luxembourg  
Tél. : 40 09 42-1000  
E-mail : navigationfluviale@stm.lu
- GREVENMACHER**  
20, route du Vin  
L-6794 Grevenmacher  
Tél. : 40 09 42-4000  
E-mail : navigationfluviale@stm.lu

## COCHER VOS DEMI-JOURNÉES DE PRÉFÉRENCE POUR LES RENDEZ-VOUS

MATIN / APRÈS-MIDI
Lundi
Mardi
Mercredi
Jeudi
Vendredi

### A cocher :

- Pas de médecin spécifique souhaité
- Médecin souhaité  
(Liste des médecins habilités pour cette examen sur site [www.stm.lu](http://www.stm.lu)  
rubrique « Examen pour professionnel de la navigation fluviale ») : .....

 Les personnes ne parlant pas luxembourgeois, français, allemand ou anglais sont priées de se faire accompagner par une personne qui assurera la traduction. Pour une question de confidentialité, le traducteur ne peut pas être un supérieur hiérarchique.

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE

- EXAMEN POUR DEMANDE DE **PREMIER CERTIFICAT** EN TANT QUE MEMBRE D'EQUIPAGE DE PONT
- EXAMEN POUR DEMANDE DE CERTIFICAT DE QUALIFICATION DE L'UNION EUROPEENNE EN TANT QUE CONDUCTEUR
- EXAMEN POUR DEMANDE DE RENOUELEMENT DU CERTIFICAT DE QUALIFICATION DE L'UNION EUROPEENNE EN TANT QUE MEMBRE D'ÉQUIPAGE DE PONT

- Date d'examen pour la qualification (le cas échéant) : .....
- Date d'expiration du certificat (le cas échéant) : .....

Nom :

Prénom :  Nom d'épouse :

Matricule :

ou date de naissance      année      mois      jour

### Adresse postal :

N° et Rue :

Code postal :  Ville :

Téléphone :  Adresse email :

- Poste occupé :**  Conducteur     Matelot     Homme de pont     Expert en navigation passagers
- Timonier     Maître matelot     Expert en GNL

Date :

## DOCUMENTS À PRÉSENTER OBLIGATOIREMENT LORS DE LA VISITE :

- Carte d'identité
- Questionnaire médical (STM - FO N°56) dans le cadre du certificat de qualification de l'union européenne **complétée et signée**
- Déclaration par rapport à l'aptitude restreinte (STM - DOC N° 106) **complétée et signée**
- Le cas échéant, lunettes et/ou lentilles de contact utilisées pour le travail
- Les résultats des examens complémentaires (analyses biologiques, etc.) prescrits éventuellement en amont de la visite par le médecin.
- La carte de sécurité sociale luxembourgeoise ( si disponible)
- Le carnet de santé ou de vaccination
- La convocation au rendez-vous

Ce formulaire est à renvoyer dûment complété par courriel à l'adresse : [navigationfluviale@stm.lu](mailto:navigationfluviale@stm.lu)