FORMULAIRE DE DEMANDE D'APPROBATION DU FRMS D'UN FOURNISSEUR DE SERVICE DE CONTROLE DE LA CIRCULATION AERIENNE

CMS.ANS.FORM.101

Section 1 : À remplir par le postulant	
1. Raison sociale et adresse postale du siège de la société :	2. Adresse de la Base principale : *Inclure l'adresse de la base secondaire des opérations s'il y'a lieu (ne pas utiliser une boite postale)*
3. Date proposée pour le démarrage des activités pour l'approbation :	4. Nom du fournisseur de service ATC *(si applicable)*
5. Le fournisseur dispose d'un SMS accepté par la CCAA ☐ oui ☐ non Si oui, indiquer l'acte d'acceptation du SMS :	

6. Personnel clé : « **Dirigeant Responsable** » du FRMS du postulant
(joindre le projet d'organigramme)

Nom & Prénom(s)	Titre	Téléphone et adresse si différente de ceux de la société *(inclure le code du pays)*

7. ☐ Le postulant a l'intention de d'administrer lui-même son système de gestion des risques liés à la fatigue

☐ Le postulant choisit de déléguer l'administration de son FRMS à un organisme externe ?
(Dans ce cas joindre à cette demande le contrat dument signé avec ladite entreprise.)

8. Personnels clés pour la mise en place du FRMS « **Équipe d'implémentation du FRMS** »

Nom	Fonction	Formation en gestion de la sécurité et en gestion des risques de fatigue

9. **Personnels Responsables de l'Administration et l'animation du FRMS** *(joindre le projet d'organigramme qui tient compte des fonctions liées au FRMS)*		
Nom	Fonction	Formation en gestion de la sécurité et la fatigue

Description du système	
10. Processus/sous-systèmes, et activités qui sous-tendent le produit/le service qu'offre le fournisseur de services ATC	11. Interface interne et externe du FRMS
12. Représentations du prestataire de services (base secondaires, bureaux décentralisés…).	13. Processus & équipements considérés comme critiques pour votre exploitation :

14. Personnels clé pour l'exploitation, et leur qualification/compétence *(Joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire)*
15. Description du système fonctionnel *(Joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire)*
16. Présenter la portée du FRMS que vous souhaitez mettre en place / qui est place : *(Joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire)*
17. La déclaration et les informations contenues dans le présent formulaire dénotent une intention d'approbation du FRMS par l'Autorité Aéronautique du Cameroun.

Signature	Date (Jour I mois / année)	Nom et Titre

Section 2. À remplir par le Directeur en charge de la sécurité aérienne	
Reçu par : *(date, nom et signature)*	
Date réunion évaluation préliminaire (Jour / mois / année)	Date de réponse au postulant (Jour / mois / année)
Recommandation réunion d'évaluation préliminaire	
Section 3. Instructions du Directeur Général après recommandation évaluation	