



**FORMULAIRE DE DEMANDE OU DE RENOUELEMENT
D'AGREMENT DE CENTRE DE MEDECINE OU DE
MEDECIN EXAMINATEUR AERONAUTIQUE**

*(REQUEST OR RENEWAL FORM FOR AERONAUTIC MEDICAL CENTER OR
MEDICAL EXAMINER APPROVAL)*

POR03-FOM-14-B

Date:01 :03 :2019

Page **1** sur **5**

PEL

DEMANDE (*application*)

RENOUELEMENT (*renewal*)

Nom complet du Centre
(*full name of the training centre*)

Adresse du centre
(*address of the training centre*)

Numéro de Téléphoné de
Fonction
(*available number of the training
centre*)

00()_____

Spécialités Médicale
(*medical specialty*)

Avez-vous déjà été autorisé
en tant que C.E.M.A/MEA
(*have you ever been authorized as a
AMEC/AED*)

OUI (YES)

NON (NO)

Si OUI, Où et Quand ?
Précisez.
(*if YES mention where and when*)

FORMATION UNIVERSITAIRE / SUPERIEURE EN MEDECINE (*Medical Education*)

Spécialiste (<i>specialist</i>)	Nom de l'Université ou école (<i>school or university name</i>)	Ville/Pays (<i>City/country</i>)	Année d'obtention du diplôme (<i>Year of graduation</i>)	Diplôme obtenu (<i>level of graduation</i>)	Année d'expérience (<i>years of experience</i>)



**FORMULAIRE DE DEMANDE OU DE RENOUVELLEMENT
D'AGREMENT DE CENTRE DE MEDECINE OU DE
MEDECIN EXAMINATEUR AERONAUTIQUE**

*(REQUEST OR RENEWAL FORM FOR AERONAUTIC MEDICAL CENTER OR
MEDICAL EXAMINER APPROVAL)*

POR03-FOM-14-B

Date:01 :03 :2019

Page 2 sur 5

PEL

Les spécialistes exerçant sont-ils une expérience en qualité de pilote ou autre activité liée à l'aviation ?
(Do you hold any airman license and experience or any professional activity related to civil aviation?)

OUI (YES)

NON (NO)

Si OUI Précisez ici *(if yes specify here) :*

Agréments étrangers détenus par le
C.E.M.A/MEA dans le domaine aéronautique:
*(Foreign permit held by the M.E.C.A/A.D.E in
aeronautical field)*

Séminaires, congrès, réunions et colloques
de médecine aéronautique et spatiale
auxquels le C.E.M.A/MEA participe
*(Aeronautical and space medicine seminars, congresses,
meetings and symposia in which the M.E.C.A/A.D.E
participates)*

dénomination

Fréquence/intervalles

Nombre d'expertises pratiquées durant les
douze(12) derniers mois:
*(Number of expertises carried out during the last
twelve (12) months)*

Spécialistes inscrit à l'ordre national des Médecins du Burkina Faso ?

(Are you specialists registered in the National Order of Doctors of Burkina Faso?)

OUI (YES)

NON (NO)

Spécialistes *(specialists)*

OUI (YES)

NON (NO)

N° d'inscription *(registration number)*

**INFORMATION
COMPLEMENTAIRES**
(additional information)

Questions

Si vous cochez OUI, expliquez en détails dans la partie F (Remarques)

(if you check "yes", explain in detail under section F (Remarks))

OUI (YES)

NON (NO)

**Est- ce que vous faites ou avez fait l'objet d'une quelconque
limitation ou restriction dans la pratique de la médecine ?**

(Is your license to practice medicine/surgery limited or restricted in any way?)



**FORMULAIRE DE DEMANDE OU DE RENOUELEMENT
D'AGREMENT DE CENTRE DE MEDECINE OU DE
MEDECIN EXAMINATEUR AERONAUTIQUE**

*(REQUEST OR RENEWAL FORM FOR AERONAUTIC MEDICAL CENTER OR
MEDICAL EXAMINER APPROVAL)*

POR03-FOM-14-B

Date:01 :03 :2019

Page 3 sur 5

PEL

Avez-vous déjà été accusé et reconnu coupable d'une violation des lois du Burkina Faso?

(Have you ever been charged and convicted of a violation of any Burkina Faso law.)

REMARQUES *(Remarks)*

DECLARATION SUR L'HONNEUR *(Declaration on honor)*

J'atteste sur l'honneur que les informations ci-dessus fournies et éventuellement annexées sont exactes et je reconnais avoir pris connaissance des règlements aéronautiques communautaire et national applicables aux médecins examinateurs aéronautiques. Je reconnais et accepte d'acquérir tout équipement médical requis ou signé des accords avec les laboratoires et les médecins spécialistes si ma demande est acceptée et ceci, avant de conduire tout examen médical aéronautique.

(I certify on my honor that the information provided above and possibly annexed is correct and I acknowledge having read the Community and national aeronautical regulations applicable to aeronautical examining doctor. I acknowledge and agree to acquire any medical equipment required or signed agreements with laboratories and medical specialists if my request is accepted and this, before conducting any aeronautical medical examination.)

Date (jj.dd/m.m/aaaa.yyyy)

Le Demandeur (Nom et Signature):

(Applicant's name/signature)

Je soussigné, Docteur représentant du centre.....
(I, the undersigned, center representative

..... m'engage à :
commit myself to)

A. Respecter les normes d'aptitude physique et mentale lors des examens médicaux. En cas de doute sur la réglementation applicable, je prends l'avis du Médecin évaluateur de L'ANAC ;

(Respect physical and mental fitness standards during medical examinations. In case of doubt about the applicable regulations, I seek the advice of the NCAA Evaluating doctor.)

B. Veiller à la mise à jour des dossiers médicaux ainsi qu'au respect du principe de confidentialité des données médicales ;

(Ensure the updating of medical files as well as respect for the principle of confidentiality of medical data)

C. Examiner le personnel de l'aéronautique demandeur d'une attestation médicale de Classe 1,2 et Classe3 d'une manière conforme :

(Examine the aeronautical personnel requesting a Class 1,2 and Class 3 medical certificate in a compliant manner)

1- Aux règles communes en matière médicale, et notamment aux règles de déontologie médicale ;
(common rules in medical matters, and the rules of medical ethics)



**FORMULAIRE DE DEMANDE OU DE RENOUVELLEMENT
D'AGREMENT DE CENTRE DE MEDECINE OU DE
MEDECIN EXAMINATEUR AERONAUTIQUE**

*(REQUEST OR RENEWAL FORM FOR AERONAUTIC MEDICAL CENTER OR
MEDICAL EXAMINER APPROVAL)*

POR03-FOM-14-B

Date:01 :03 :2019

Page 4 sur 5

PEL

- 2- Aux dispositions médicales d'aptitude physique et mentale du personnel détenteur de Licence fixées par la réglementation en vigueur notamment le RAF01.1 Chapitre 6 de l'Annexe 1 de l'OACI.
(The medical provisions of physical and mental fitness of personnel holding a License set by the regulations in force, in particular RAF01.1 Chapter 6 of Annex 1 of the ICAO.)
- 3- Rédiger, à l'issue de l'examen médical, un rapport comprenant le résultat détaillé de cet examen et tout élément propre à établir l'aptitude physique et mentale du demandeur et transmettre une copie à l'ANAC;
(Write, at the end of the medical examination, a report including the detailed result of this examination and any element necessary to establish the physical and mental fitness of the applicant and send a copy to NCAA)
- 4- Adresser par tout moyen offrant une garantie suffisante et assurant une confidentialité des données, le rapport ainsi établi, au médecin évaluateur, qui l'archive selon les dispositions réglementaires en vigueur, dans le respect des règles relatives au secret médical;
(Send by any means offering a sufficient guarantee and ensuring confidentiality of the data, the report established, to the evaluating doctor, who archives it according to the regulatory provisions in force, in compliance with the rules relating to medical confidentiality)
- 5- Informer le demandeur, en cas d'inaptitude d'un demandeur à un certificat médical, de son droit de recours dans un délai de deux mois ou de demande de dérogation;
Inform the applicant, in the event of an applicant's inability to obtain a medical certificate, of his right to appeal within two months or to request a waiver;
- 6- Notifier au Directeur Général de l'ANAC dans les trente jours tout changement de ma situation notamment au regard des conditions d'agrément;
Notify the Director General of NCAA within thirty days of any change in my situation, particularly with regard to the conditions of approval
- 7- Informer le Directeur Général de l'ANAC de toute procédure disciplinaire dont je fais l'objet devant le Conseil de l'ordre des médecins.
Inform the Director General of NCAA of any disciplinary proceedings to which I am involved in the Council of the Order of doctors

NB : Précéder votre signature de la mention : « lu et approuvé »

(Precede your signature with the mention « read and approved »)

	FORMULAIRE DE DEMANDE OU DE RENOUELEMENT D'AGREMENT DE CENTRE DE MEDECINE OU DE MEDECIN EXAMINATEUR AERONAUTIQUE <i>(REQUEST OR RENEWAL FORM FOR AERONAUTIC MEDICAL CENTER OR MEDICAL EXAMINER APPROVAL)</i>	POR03-FOM-14-B
	<p style="text-align: center;">PEL</p>	Date: 01 : 03 : 2019 Page 5 sur 5

Canevas type du manuel d'organisation et de procédures en vue de pratiquer les examens d'aptitude physique et mentale

1- ORGANISATION

Organisation financière et administrative du Cabinet ou du MEA démontrant un fonctionnement autonome et indépendant ; Schéma des relations du Cabinet avec les services compétents de L'ANAC et avec les organisations externes (consultants, hôpitaux, etc.).

2- MOYENS Locaux:

Plan de situation générale par rapport à l'environnement; Plan détaillé des locaux avec indication de l'échelle utilisée.

Matériels :

Matériels effectivement en service.

Personnel :

Liste nominative du personnel médical/paramédical avec indication de la compétence.

Documents disponibles :

Règlements nationaux (RAF01., RAF01.2) ;

Règlements internationaux (Annexe I, Manuel de médecine aéronautique de l'OACI,...etc.); Publications en matière de médecine aéronautique.

3- PROCEDURES

Déroulement de l'examen médical au respect des normes d'aptitude médicale en vigueur;

Organisation des examens complémentaires et analyses de laboratoire effectués hors du Cabinet;

Conditions d'archivage des dossiers médicaux et mode d'accès aux documents dans le respect du secret médical.