



République du Gabon
Agence Nationale de l'Aviation Civile
**DEMANDE DE LICENCE, QUALIFICATIONS DE MEMBRE
D'EQUIPAGE DE CABINE**

DE-PEL-E-07
Amdt : 01
12/12/2017

I. IDENTITE DU POSTULANT (*Applicant identification*)

1. Noms et prénoms (<i>full name</i>)	2. Date et lieu de naissance (<i>Date and Place of birth</i>)
3. Nationalité (<i>nationality</i>)	4. Numéro de téléphone (<i>Telephone number</i>)

5. Employeur (*Employer*) :

II. OBJET DE LA DEMANDE

<input type="checkbox"/> A. Délivrance initiale/conversion	<input type="checkbox"/> B. Renouvellement (<i>renewal</i>)	<input type="checkbox"/> B. Validation
--	---	--

CERTIFICAT

CSS N°	Date de délivrance			
CERTIFICAT N°	Date de delivrance			
Fonction à bord <i>Function on board</i>	CC/CCP	HOT	STW	PCB

QUALIFICATION AVIONS / CERTIFICATE and ratings :

Qualifications/ratings	Date examen
------------------------	-------------

APTITUDE MÉDICALE / Medical fitness :

	Date	Validité Valid until	Centre médical Medical Centre
Examen Médical / Medical Exam			

VII. ENGAGEMENT

1. « Je certifie sur l'honneur que tous les informations fournies ci-dessus, ainsi que les documents associés sont exacts et toute fausse déclaration de ma part m'expose aux sanctions prévues par les règlements en vigueur ».
« I hereby certify that all information provided above, and associated documents are accurate and any misrepresentation on my part exposes me to the penalties specified by the regulations in force »

2. Date (Date)	3. Signature du postulant (Applicant signature)	4. Signature et cachet de l'employeur (Signature and seal of employer)
-------------------	--	---

RESERVE A L'AVIATION CIVILE (FOR OFFICIAL USE ONLY)

Details vérifiés par: <i>Details checked by</i>		Date	Signature
Document à fournir pour le traitement d'une délivrance initiale/conversion		Transmis	Non transmis
1	Une demande manuscrite du postulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Un formulaire de demande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Copie du certificat de sécurité et sauvetage ou autre document équivalent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Une Copie du certificat médical / <i>Copy of medical certificate</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	L'(les) attestation(s) de qualification de type obtenue(s) ou test de maintien de compétence pour une demande de renouvellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Une copie de la pièce d'identité / <i>Copy of ID (si 1^{er} demande)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Copie de la licence et présentation de l'original <i>Copy of license and submission of the original</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documents requis pour le traitement d'un Renouvellement (renewal)			
1	Une demande manuscrite du postulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Le formulaire dûment renseigné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	L'(les) attestation(s) de qualification de type obtenue(s) ou test de maintien de compétence pour une demande de renouvellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Une Copie du certificat médical / <i>Copy of medical certificate</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documents requis pour le traitement d'une demande de validation			
1	Une demande manuscrite du postulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Le formulaire dûment renseigné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Une Copie du certificat médical / <i>Copy of medical certificate</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Une copie de la licence d'origine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	L'authentification de l'autorité de délivrance de la licence initiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tout dossier incomplet ne sera pas traité			
Dossier complet			
oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	
Si « <u>non</u> » date de reprise du dossier par le postulant			