



## DEMANDE DE DELIVRANCE D'UNE AUTORISATION D'EXAMINATEUR / TESTEUR

Application for the issue of an Examiner authorization / Tester

 PNT

 ATC

 TMA

 PNC

### A. IDENTITE DU POSTULANT (Applicant identification)

Prénoms et Nom / First and last name	
Date de naissance / Date of birth	
Lieu de naissance / Place of birth	
Nationalité / Nationality	
Téléphone / Tel number	
Courriel/ Email	

### B. OBJET DE LA DEMANDE (Application subject)

 Délivrance initiale / Initial issue

 Prorogation / Renouvellement (Extension / Renewal)

### C. INFORMATIONS RELATIVES A LA LICENCE DETENUE (Information related to the license held)

1.Type et numéro de licence (License type and number):	2.Etat de délivrance (State of issue):
3.Date de délivrance (Date of issue):	4.Date d'expiration (Expiry date):

### D. EMPLOYEUR (Employer)

Nom de l'employeur (Employer name):	
Adresse, téléphone et Fax (Address, phone and fax):	

### E. INFORMATIONS RELATIVES A L'EXPERIENCE DU POSTULANT (Information related to the experience of the applicant)

ATC			TMA		
Êtes-vous détenteur d'une formation de testeur des contrôleurs de la circulation aérienne ? / Do you have training as an air traffic controller tester ?			Nombre d'année d'expérience en tant qu'instructeur exerçant au sein d'un organisme de formation / Number of years of experience as an instructor working within a training organization		
Nombre d'année d'expérience en tant que testeur des contrôleurs de la circulation aérienne sous supervision / Number of years of experience as an air traffic controller tester under supervision.			Nombre d'année en tant que technicien de maintenance d'aéronefs / Number of years as an aircraft maintenance technician		
<input type="checkbox"/> <1	1< <input type="checkbox"/> <5	5< <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <1	1< <input type="checkbox"/> <5	5< <input type="checkbox"/>
PNT			PNC		
<input type="checkbox"/> <1	1< <input type="checkbox"/> <5	5< <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <1	1< <input type="checkbox"/> <5	5< <input type="checkbox"/>

### F. AUTORISATIONS SOLLICITEES (Authorisations requested)

Examineur/testeurs ATC  Examineur/testeurs PNT  Examineur /Testeur TMA  Examineur/testeurs PNC

### G. DERNIERS CONTROLES SUBIS PAR LE POSTULANT / Last checks undergone by the applicant

Contrôles subis (Checks undergone)	Types (Type)	Date (Date)	Echéance du prochain contrôle (Date of next check)	Nom de l'examineur (Examiner name)

### DERNIERS CONTROLES EFFECTUES PAR LE POSTULANT (latest checks effects by the postulant)

Contrôles effectués (checks done)	Types (Type)	Date (Date)	Echéance du prochain contrôle (Date of next check)	Nom de l'examineur (Examiner name)

## ENGAGEMENT

Je certifie sur l'honneur que toutes 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 the information provided by me are complete and true, I also accept the sanctions for any false statement.*

Date de la demande Date of application	Signature du postulant Applicant signature	Signature et cachet de l'employeur Signature and seal of the employer

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

Details vérifiés par / Details checked by:		Date	Signature
Document à fournir pour le traitement / Document to be provided for processing		Transmis	Non transmis
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 de la licence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	La Photocopie des deux dernières pages du carnet de vol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Formulaire d'épreuve de formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Un certificat medical de classe 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tout dossier incomplet ne sera pas traité / Any incomplete file will not be processed</b>			
<b>Dossier complet / Complete file</b>			
OUI / YES <input type="checkbox"/>		NON / NO <input type="checkbox"/>	
Si « <b>non</b> » date de reprise du dossier par le postulant / If "no" date of resumption of the file by the applicant			