



CMR.FORM.AGA.811

**I. GENERALITES**

**2. Identification du service à l'origine de la modification**

Service :

**3. Responsable de l'évaluation d'impact sur la sécurité aéroportuaire**

Nom :

Fonction:

**4. Suivi du document**

Version	Date	Objet de la mise à jour	Pages	Auteur

**5. Documents joints éventuels**

Présence de documents joints (cartes, notes,...) :

OUI

NON

•  
•  
•

**II. DESCRIPTION DE LA MODIFICATION PROPOSEE**

**1. Date/période et durée prévues de la modification**

Début : \_\_/\_\_/20\_\_ inclus à \_\_h\_\_ ou période

Fin : \_\_/\_\_/20\_\_ inclus à \_\_h\_\_

ou

Permanente

**2. Localisation sur la plateforme**

Aire de manœuvre

Aire de trafic

Préciser

**3. Description détaillée de la modification**

Phase de travaux

Phase pérenne (et/ou exploitation)

**4. Raison de la décision de modification**



<b>III. ELEMENTS CARACTERISTIQUES DE LA MODIFICATION</b>	
<b>1. Entités impactées</b>	
Au sein de l'exploitant aéroportuaire	<input type="checkbox"/> Unité 1 <input type="checkbox"/> Unité 2 ... Justifications :
Au sein de tiers intervenants sur la plate-forme	<input type="checkbox"/> Circulation aérienne <input type="checkbox"/> Exploitants aériens <input type="checkbox"/> Assistant en escale <input type="checkbox"/> Autre : ... Justifications :
<b>2. Réglementation applicable</b>	
<b>3. Existence d'une dérogation</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span>	
Si oui, préciser la référence de l'acceptation et les mesures associées :	
<b>4. Influence sur le manuel d'aérodrome</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span>	
Si oui, préciser :	
<b>5. Influence sur les documents d'exploitation</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span>	
Si oui, préciser :	
<b>6. Influence sur les documents associés au manuel (procédures, protocoles, etc.)</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span>	
Si oui, préciser :	
<b>6. Influence sur les méthodes/procédures de travail des agents de l'exploitant</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span>	
Si oui, préciser :	
<b>8. Influence sur les méthodes/procédures de travail des agents des autres intervenants</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span>	
Si oui, préciser :	
<b>9. Autres modifications en cours ayant une interaction avec la modification envisagée</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span>	
Si oui, préciser :	



**IV. RETOUR D'EXPERIENCE SUR UNE MODIFICATION SIMILAIRE**

Oui  Non

Préciser :

**V. ACTIONS REALISEES et A REALISER et LISTE DES PARTICIPANTS À L'EVALUATION**

(réunions, documents à produire/modifier, etc.)

- 
- 
-



**VI. LISTE DES EVENEMENTS REDOUTES « AEROPORT »**

ER1 :

ER2 :

...