



FORMULAIRE DE DEMANDE D'EVACUATION SANITAIRE
APPLICATION FORM FOR MEDICAL EVACUATION

Demande / Request N°

Nom du demandeur / Applicant name :

Adresse du demandeur / Applicant address (E-mail, Tel, Fax, BP / P.O.BOX) :

Nom de l'Exploitant / Operator's name :

Adresse de l'Exploitant / Operator's Address :

Type d'aéronef / Aircraft Type :

Numéro de série / Serial number :

Immatriculation / Registration :

Indicatif d'appel / Call sign :

Pays d'immatriculation / Country of registration :

Nom du Commandant de bord / Name of the pilot in command :

Nombre de membres d'équipage / Number of crew members :

Nombre de passagers / Number passengers :

Date et horaires du vol / Date and time of the flight :

Itinéraire complet / Route :

Nom(s) et adresse(s) du (des) malade(s) / Name(s) and address(es) of patient(s) :

Nom et adresse de l'hôpital / Name and address of the hospital :

Nom et adresse du médecin traitant / Name and address of the doctor :

Pièces jointes/ Attachments :

Certificat d'immatriculation / Registration certificate ☐

Certificat de navigabilité / Airworthiness certificate ☐

Police d'assurance / Insurance policy ☐

Autres Documents / others documents :

Signature du demandeur / Applicant's signature :

ACCORD DU DIRECTEUR GENERAL
DE LA CCAA

☐ Accord

☐ Avis favorable pour accord du
MINDEF / EMAA

☐ Rejet

Motif du rejet :

Signature

TRANSMISSION AU MINDEF /
EMAA

☐ Pour information

☐ Pour accord

Date de transmission et décharge :

ACCORD DU MINDEF / EMAA

Accord ☐

Rejet ☐

Motif du rejet :

Signature

Autorisation / Permit N°/CCAA/DG/SEGC du