



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



III. ELEMENTS CARACTERISTIQUES DE LA MODIFICATION	
1. Entités impactées	
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 :
2. Réglementation applicable	
3. Existence d'une dérogation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, préciser la référence de l'acceptation et les mesures associées :	
4. Influence sur le manuel d'aérodrome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, préciser :	
5. Influence sur les documents d'exploitation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, préciser :	
6. Influence sur les documents associés au manuel (procédures, protocoles, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, préciser :	
6. Influence sur les méthodes/procédures de travail des agents de l'exploitant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, préciser :	
8. Influence sur les méthodes/procédures de travail des agents des autres intervenants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, préciser :	
9. Autres modifications en cours ayant une interaction avec la modification envisagée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
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 :

...