



OPERATEUR					
1.	Nom ou dénomination :				
	Adresse :				
	Numéro TEL/FAX :				
	N° d'immatriculation au RCCM :Date:				
MOTIF DE LA DEMANDE (Cocher une seule case)					
2.	<input type="checkbox"/> Délivrance initiale				
	<input type="checkbox"/> Modification				
	<input type="checkbox"/> Renouvellement				
N° Certificat (Modification / Renouvellement) :Date de validité :					
PERSONNEL D'ENCADREMENT (RESPONSABLES DESIGNES)					
3.	Nom du dirigeant responsable :	Tel :			
	Responsable exploitation :	Tel :			
	Responsable production :	Tel :			
	Responsable qualité :	Tel :			
	Responsable sécurité :	Tel :			
	Responsable sûreté :	Tel :			
SITE D'EXPLOITATION (Cocher une seule case)					
4.	<input type="checkbox"/> Bobo Dioulasso				
	<input type="checkbox"/> Ouagadougou				
5.	PIECES A JOINDRE		JOINT		
			OUI	NON	S/A
	Demande de délivrance ou modification ou renouvellement				
	Copie du registre de commerce burkinabé				
	Copie de l'organigramme détaillé de l'opérateur				
	Copie du manuel sûreté				
	Copie du manuel des procédures d'activité de service commissariat				
	Copies des résultats de la vérification des antécédents du personnel d'encadrement				
	Form 4 et qualifications du personnel d'encadrement				
	Copie des contrats et arrangements avec le gestionnaire d'aérodromes s'il y a lieu				
	Copie de la police d'assurance				
Copie du bilan certifié du dernier exercice, s'il y a lieu					
Attestation fiscale datant moins de six (06) mois					
SIGNATURE					
6.	Fait à : le :				
	Nom :Prénoms : <i>Signature et cachet</i>				
	Le présent formulaire doit être signé par le Dirigeant responsable de l'opérateur.				