

APPLICATION FOR A MEDICAL EXAMINER CERTIFICATE (AME)

CMR.PEL.FORM.602 **C1**



1. Type of application

Type de demande

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| ☐ Initial application
Demande initiale | ☐ Extension
Extension | ☐ Admendment
Modification | ☐ Revalidation
Prorogation | ☐ Renewal
Renouvellement |
|---|--|--|---|---|

2. Type of change

Type de changement

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Place of activities
Place of activities | ☐ Scope of work
Domaine d'activités | ☐ Other
Autre |
|--|--|--|

3. Description of change

Description du changement

4. Scope of requested medical examiner certificate

Champ du certificat de médecin examinateur

- | | | | |
|---|---|---|--|
| ☐ Class 1
Classe 1 | ☐ Class 2
Classe 2 | ☐ Class 3
Classe 3 | ☐ LAPL
LAPL |
|---|---|---|--|

5. Applicant details

Informations sur le postulant

Name of applicant :

Nom du postulant :

AME certificate number if existing:

Numéro d'agrément si existant :

Date and place of birth:

Date et lieu de naissance :

ID number :

N° CNI :

Address of the hospital or clinic:

Adresse de l'hôpital ou de la clinique :

Name of the clinic or hospital:

Nom de la clinique ou de l'hôpital :

Phone :

Téléphone :

E-mail :

Courriel :

Medical speciality :

Spécialité médicale :

APPLICATION FOR A MEDICAL EXAMINER CERTIFICATE (AME)

CMR.PEL.FORM.602 **C1**



6. Documents and manuals to be submitted with the application

Documents et manuels à joindre à la demande

☐ Personnel data and professional address of the applicant

Données personnelles et adresse professionnelle du postulant

☐ Qualifications and trainings certificates in medicine and in aviation medicine (basic and advanced)

Qualifications et certificats de formation en médecine et en médecine aéronautique (basique et avancée)

☐ List of medical facilities, procedures, documents relevant for requested activities

Liste des installations et équipements médicaux, procédures et documents pertinents pour la conduite des activités sollicitées

☐ A written statement in which I agree to issue medical certificates in accordance with applicable requirements of

Une déclaration écrite par laquelle je m'engage à délivrer les certificats médicaux selon les exigences applicables

7. National and Foreigns AME certificates held by the applicant

Certificats d'AME national et étrangers détenus par le postulant

Civil Aviation Authority <i>Autorité de l'Aviation Civile</i>	Date of initial issue <i>Date de délivrance initiale</i>	Is the certificate currently valid? If not, provide the expiration date <i>Certificat toujours valide ? Sinon renseigner la date d'expiration</i>

[add row as applicable]/Ajouter des lignes au besoin

8. Advanced Medical Training

Formation universitaire en médecine

Name of the university or school <i>Nom de l'université ou de l'école</i>	City/ Country <i>Ville/pays</i>	Year graduated <i>Année de graduation</i>	Degree received <i>Diplôme obtenu</i>

[add row as applicable]/Ajouter des lignes au besoin

9. Experiences

Expériences

Position <i>Job title</i>	Employer <i>Employeur</i>	Clinical activities <i>Activités menées</i>	Dates of employment <i>Période de l'emploi</i>

APPLICATION FOR A MEDICAL EXAMINER CERTIFICATE (AME)

CMR.PEL.FORM.602 **C1**



10. Aviation medicine training courses and qualifications

Cours de formation en médecine aéronautique et qualifications

Course name <i>Nom du cours</i>	Organisation <i>Organisation</i>	Year graduated <i>Année d'obtention</i>	Grade achieved <i>Diplôme obtenu</i>

11. Aviation medical specialties

Spécialités médicales d'intérêt aéronautique

N° 1	
N° 2	
N° 3	

12. Questions

Questions

NOTE : If you check « Yes » for questions 9.3 or 9.4, explain in detail under in Remarks space at the last line

NOTE : Si vous cochez « Oui » aux questions 9.3 ou 9.4, expliquez en détails dans l'espace Remarques de la dernière ligne

Yes
Oui

No
Non

9.1 Do you hold any airman license and experience or any professional activity related to civil aviation? If yes specify

Possédez-vous une expérience en qualité de pilote ou autre activité liée à l'aviation civile ? Si oui précisez

☐

☐

9.2 Are you member of any Cameroon Medical Board?

Etes-vous admis à l'ordre national des Médecins du Cameroun ?

☐

☐

9.3 Has your license ever been limited or restricted in medicine practice in any way?

Faites-vous ou avez-vous fait l'objet d'une quelconque limitation ou restriction dans la pratique de la médecine ?

☐

☐

9.4 Have you ever been charged and convicted of a violation of any applicable law in Cameroon?

Avez-vous déjà été accusé et reconnu coupable d'une violation des lois applicables au Cameroun ?

☐

☐

Remarks

Remarques

APPLICATION FOR A MEDICAL EXAMINER CERTIFICATE (AME)

CMR.PEL.FORM.602 **C1**



13. Aviation medicine training courses, practical training, seminars, aviation meetings in the last 3 years

Cours de formation en médecine aéronautique, formations pratiques, réunions, séminaires dans les 3 dernières années

Year Année	Course name Nom du cours	Organisation Organisation	Grade achieved or experiences received Diplôme obtenu ou expériences acquises

14. Number of medical certificates issued per year in the last three years

Nombre de certificats médicaux délivrés par an au cours des trois dernières années

Year Année	Class 1 Classe 1	Class 2 Classe 2	Class 3 Classe 3	LAPL LAPL

15. Declaration

Déclaration

I hereby certify that the information provided above and any attached documents are accurate, and I acknowledge that I have read the applicable regulations governing aviation medical examiner.

J'atteste que les informations ci-dessus fournies et éventuellement annexés sont exactes et je reconnais avoir pris connaissance des règlements aéronautiques applicables en matière d'agrément des examinateurs aéromédicaux.

Name

Nom

Signature

Signature

Date

Date

Notes :

- (1) Upon completion, this form shall be submitted to the Cameroon Civil Aviation Authority (CCAA), 101 Air Base, Yaoundé. An electronic copy shall also be transmitted to contact@ccaa.aero, with licensing@ccaa.aero copied.
- (2) Use "N/A" when some answer options do not apply.