

ANNEXE 6

**Formulaire de demande de laissez-passer pour l'accès véhicule
au côté piste de l'aérodrome de Strasbourg-Entzheim**

L'impression en recto-verso de ce formulaire est recommandée

Numéro de dossier :	Visa de l'exploitant d'aérodrome
Date de réception :	
NATURE DE L'AUTORISATION DEMANDEE <i>(rayer les mentions inutiles)</i>	
ROUTE DE SERVICE	
ROUTE DE SERVICE ET SECTEUR TRA (*)	
ROUTE DE SERVICE, SECTEURS TRA ET MAN (*) <i>(*) Ces laissez-passer ne sont délivrés qu'aux véhicules pour lesquels une police d'assurance couvrant les dommages résultant d'une collision avec un aéronef a été souscrite.</i>	

Ce formulaire doit être renseigné de manière lisible, sans surcharge ni ratures. Tous les renseignements demandés doivent être communiqués. Les copies de pièces justificatives doivent être de bonne qualité. Le service de délivrance se réserve le droit de refuser toute demande ne répondant pas aux critères précités.

Ce formulaire fait partie intégrante de la décision définissant les mesures particulières d'application de l'arrêté de police de l'aérodrome de Strasbourg-Entzheim. Il est reconnu comme seul document valide pour formuler une demande de laissez-passer et sa modification est formellement interdite.



Reçu à remettre lors de la restitution du laissez-passer

Nom :

Prénom :

Date de restitution :

Visa du service gestionnaire

Page intentionnellement blanche

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA JUSTIFICATION DE L'ACCES

il est **obligatoire** de renseigner les champs suivants pour permettre la délivrance du laissez-passer

Description de l'activité du véhicule côté piste : _____

Itinéraires côté piste : _____

Fréquence d'accès prévue au côté piste (préciser le nombre d'accès par jour, par mois, par an):

Date de fin d'activité côté piste: _____

IDENTIFICATION ET DOCUMENTS DU VEHICULE

TYPE et MODELE : _____ IMMATRICULATION : _____
(Joindre une photocopie du certificat d'immatriculation)

Nom de la CIE d'assurance : _____

N° Contrat : _____

Je, soussigné,, correspondant sûreté de l'entreprise à l'origine de la demande, atteste sur l'honneur que le contrat d'assurance du véhicule identifié supra est établi pour la durée fixée du laissez-passer.

A remplir lorsque la demande concerne un laissez-passer aux secteurs TRA ou MAN.

Je, soussigné,, correspondant sûreté de l'entreprise à l'origine de la demande, atteste sur l'honneur que le contrat d'assurance établi pour le véhicule identifié supra garantit les dommages résultant d'une collision avec un aéronef et ce, pour la durée fixée du laissez-passer.

le : ___/___/___

Cachet et signature :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR DU DEMANDEUR

(à remplir quand il est à l'origine de la demande)

Désignation de l'entreprise : _____

Adresse de l'entreprise : _____

N° SIREN de l'entreprise : _____

Nom du correspondant sûreté : _____

Fonction du correspondant sûreté dans l'entreprise : _____

Téléphone du correspondant sûreté : _____

Télécopie du correspondant sûreté : _____

Référence d'autorisation d'activité délivrée par l'exploitant d'aérodrome à l'employeur lorsqu'il ne s'agit pas d'un service de l'Etat :

Date de fin de validité de l'autorisation d'activité : ____/____/____

(Joindre obligatoirement une photocopie de l'autorisation d'activité pour les nouveaux employeurs)

Je certifie être le correspondant sûreté de l'employeur désigné ci-dessus et me porte garant de la présente demande. J'ai bien pris connaissance de la réglementation concernant l'utilisation du laissez-passer véhicule côté piste et en particulier :

- ✓ l'obligation de confier la conduite de ce véhicule côté piste aux seules personnes titulaires de l'autorisation de circuler,
- ✓ l'obligation de restituer le laissez-passer en fin de validité ou dès lors que l'accès de ce véhicule côté piste n'est plus justifié,
- ✓ l'existence de sanctions administratives et pénales encourues en cas d'infraction à la réglementation.

Date : ____/____/____

Signature du correspondant sûreté :

(Cachet de l'entreprise obligatoire)

RESERVE AU SERVICE DE DELIVRANCE

DELIVRANCE DU LAISSEZ-PASSER

Secteurs demandés	Route de service	TRA	MAN
Secteurs accordés	Route de service	TRA	MAN
Date de fin de validité demandée (maxi 3 ans)		___ / ___ / _____	
Date de fin de validité accordée		___ / ___ / _____	

Date de délivrance : ___ / ___ / _____

Visa du service de délivrance

Date de remise du laissez-passer : ___ / ___ / _____

Remis à : _____

Signature :