**ACCORD DE COLLABORATION POUR LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LE SECTEUR DE L’AVIATION CIVILE (CAPSCA)**

**VISITE D’ASSISTANCE D’ETAT ET D’AEROPORT INTERNATIONAL, VILLE**

**PLAN D’ACTION - REMARQUES ET RECOMMANDATIONS**

 **État / Territoire: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aéroport et Ville:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de la Visite :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| Organe d'exécution /Autorité responsable | **OBSERVATION** | **ACTION RECOMMANDEE** |
| --- | --- | --- |
| Facilité/Service / Document**Description de l’objet** | Exigence et référence **(e.g.** OACI**,** OMS**, ACI, IATA, etc.)** | **Description de l’Action recommandée** | **Action Prioritaire****(1/2/3)** | **Date d’achèvement ciblée** **(mois/année)** | **Remarques** |
| **Autorité de santé publique / Ministère de la Santé** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Autorité de l’aviation civile / Ministère du Transport** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Gestionnaire de l’Aéroport** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Fournisseur du service de santé de l’aéroport et Services médicaux** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Fournisseur de Services de Navigation Aérienne (ANSP)** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Exploitant d’aéronefs** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Assistance en Escale** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Autres agences de l’Etat (Immigration, Douanes, etc.)** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |