

No. de Ref. SADCAS							
--------------------	--	--	--	--	--	--	--

**DEMANDE D'APPROBATION DU PERSONNEL**

**PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

*Veillez remplir un formulaire distinct pour chaque personne et retournez-le à :*

**Southern African Development Community Accreditation Service (SADCAS)  
Attention: Technical Manager**

**Postal Address:**

Private Bag 00320  
Gaborone  
Botswana  
Tel: +267 3132909/ 3132910  
Fax: +263 3132922  
Email: [info@sadcas.org](mailto:info@sadcas.org)

**Physical Address:**

Plot 50668/9, Second Floor  
Tholo Office Park, Fairgrounds  
Gaborone  
Botswana

*Veillez remplir les sections pertinentes du formulaire en MAJUSCULE ou en caractères d'imprimerie.*

Les exigences relatives au représentant désigné et aux signataires sont énoncées dans le document SADCAS TR 03. **Suivez attentivement les instructions.** Veillez soumettre un CV détaillé et des copies certifiées de vos qualifications avec ce formulaire dûment rempli. Les formulaires sont disponibles sur le site Web de la SADCAS ou auprès du bureau de la SADCAS ou du point focal national pour l'accréditation.

Si vous souhaitez remplir et envoyer le formulaire par courriel, veuillez noter que la SADCAS décline toute responsabilité en cas de violation de la confidentialité de l'information relative à la demande reçue. Toutes les demandes soumises par courriel doivent être dûment signées et acheminées par voie postale ou par un service courrier.

**Note :** Si vous ne recevez pas d'accusé de réception de cette demande de la SADCAS dans les quatre (4) semaines suivant l'envoi, vous devez contacter le bureau de la SADCAS.

<b>Date de la demande</b>							
<b>Organisme</b>							
<b>Nom</b>						<b>Titre</b>	
<b>Fonction</b>							
<b>Adresse postale</b>							
<b>Adresse physique</b>							
<b>No de Tel:</b>		<b>No de Ligne directe:</b>		<b>No Fax:</b>			
<b>No de Tel portable:</b>		<b>Adresse Email:</b>					
<b>Domaine d'activité</b>							

<b>PARTIE B : LES TYPES D'ACTIVITÉS DE L'ORGANISME</b>			
<i>Veillez cocher la case appropriée</i>			
Organisme de certification de produits	<input type="checkbox"/>	Laboratoire de vérification	<input type="checkbox"/>
Organisme de certification de personnes	<input type="checkbox"/>	Organisme d'inspection	<input type="checkbox"/>
Organisme de certification HACCP	<input type="checkbox"/>	Laboratoire médical	<input type="checkbox"/>
Organisme de certification QMS	<input type="checkbox"/>	Laboratoire d'essais	<input type="checkbox"/>
Organisme de certification EMS	<input type="checkbox"/>	Laboratoire vétérinaire	<input type="checkbox"/>
Organisme de certification FSMS	<input type="checkbox"/>	Laboratoire pharmaceutique	<input type="checkbox"/>
Organisme de certification du IFMS	<input type="checkbox"/>	Laboratoire médico-légal	<input type="checkbox"/>
Fournisseur de systèmes d'essais d'aptitude	<input type="checkbox"/>	Services de transfusion sanguine	<input type="checkbox"/>
Laboratoire d'étalonnage	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Autres ( <i>veuillez préciser</i> )			
Expertise de l'individu			
<b>PARTIE C : TYPE D'APPROBATION DEMANDÉE</b>			
<i>NB : Le(s) champ(s) <b>doit</b> (doivent) être défini(s) ci-dessus. Veuillez indiquer <b>clairement</b> vos choix.</i>			
Représentant désigné	<input type="checkbox"/>	Signataire technique	<input type="checkbox"/>
			Signataire technique contractuel
Autres ( <i>veuillez préciser</i> )			
<b>PARTIE D : EDUCATION ET QUALIFICATIONS, L'EXPÉRIENCE EN MATIÈRE D'ÉVALUATION ET L'EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE</b>			
<i>Veillez joindre une copie signée et datée du CV actuel des candidats et des copies certifiées des qualifications pertinentes.</i>			
<b>Je confirme que les informations contenues dans le CV ci-joint sont exactes.</b>			
Signé par le demandeur:			
<b>NOTE 1 :</b> <i>Le responsable hiérarchique du candidat, jugé techniquement compétent dans le domaine, <b>doit attester, signer ci-dessous</b> et parapher les éléments du CV ci-joint.</i>			
<b>Je confirme qu'à ma connaissance, les informations ci-dessus sont exactes.</b>			
Non	<input type="checkbox"/>	Signature	
Fonction	<input type="checkbox"/>		

**PARTIE E : À REMPLIR UNIQUEMENT PAR LE REPRÉSENTANT DÉSIGNÉ(E)/PERSONNE DE CONTACT**

Par la présente, je confirme avoir lu et compris les termes et conditions des documents suivants décrivant les exigences de la SADCAS et je m'engage à mettre en œuvre ces exigences ainsi que les responsabilités telles que définies dans ces documents et sujet à des modifications de temps en temps :

<b>Documents sur les exigences de la SADCAS</b>	<b>Initiale</b>
SADCAS TR 01 – Partie 1: Conditions d'utilisation du symbole d'accréditation de la SADCAS	
SADCAS TR 01 – Partie 2: Utilisation du symbole d'accréditation combiné SADCAS et de la marque de l'ILAC MRA/IAF MLA.	
SADCAS TR 03 – Représentant désigné et signataires : Responsabilités, qualification et approbation	
SADCAS TR 06 – Suspension et réintégration des organismes accrédités	
SADCAS TG 01 – Renseignements des organismes demandeurs d'accréditation	
SADCAS AP 12: Partie 1/Partie 2/Partie 3	
Tout autres documents de la SADCAS applicable à l'organisme concerné	

Nom du demandeur

Signature

Date

**PARTIE F : OBSERVATIONS SUPPLÉMENTAIRES**

**PARTIE G : RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU**

**Appui d'approbation par le responsable d'équipe/ l'évaluateur technique/ le coordonnateur du programme**

Nom de l'évaluateur / SC

Signature

Date

**Décision du Comité d'approbation des accréditations (AAC)**

Acceptation sans conditions

Acceptation conditionnelle

Refus

Ratifié par l'AAC

Signature du membre de l'AAC

Date

*Exemple d'un résumé du CV*

**CURRICULUM VITAE**

Nom : Prénoms et nom

Date : Année Mois Jour (*Date de rédaction du CV*)

**Les coordonnées**

Adresse:

No. de contact :

Résidence (R)

:

Bureau (B)

:

Portable (P)

:

Adresse Email :

**Renseignements de l'employeur**

Employeur :

Fonction : Responsable laboratoire/ Métrologue/ Responsable qualité/ Chimiste etc.

**Éducation**

*Énumérer l'enseignement secondaire et supérieur reçu, les dates et lieux de réception :*

- 
- 

**Participation aux formations de courte durée**

*Énumérer la liste des formations de courte durée auxquelles vous avez participé, indiquez les lieux et les dates de formation :*

- 
- 

**Statut professionnel**

*La liste des institutions/associations professionnelle auxquels vous êtes inscrits*

- 
- 

**Expérience de travail**

*Énumérer toutes les activités principales dont vous êtes responsable ou des tâches pertinentes relatives à vos domaines d'expertise. Veuillez inclure suffisamment d'information pour que les compétences spécifiques puissent être confirmées.*

-

**Formation en systèmes de management**

- *Énumérer les renseignements relatifs à la formation reçue, énumérer les formations de courte durée sous la rubrique appropriée.*
- *L'information doit inclure l'expérience pratique acquise dans le cadre de la revue et/ou de l'élaboration des systèmes de management.*

**Articles et publications (facultatif) )**

- *Veillez indiquer les articles présentés lors des conférences et ateliers de travail. Énumérez la conférence, la date et le titre de l'article, les coauteurs, etc.*
- *À énumérer les articles, les documents publiés en précisant la publication, la date, le volume et le titre, les coauteurs, etc.*

**Récompenses (facultatif)**

- *Énumérez les récompenses ainsi que les réalisations professionnelles importantes, la reconnaissance et les prix reçus.*

**Participation aux conférences (facultatif)**

- *Énumérez la conférence ou l'atelier de travail, le lieu et la date.*

**Référence (facultatif)**

- *Énumérez le titre, les noms et les coordonnées de toutes les références que vous souhaitez inclure.*