



INSCRIPTION

MEMBRE

NOM/PRÉNOM _____

TÉLÉPHONE BUREAU _____

TÉLÉPHONE MAISON _____

DATE _____

ADRESSE _____

COURRIEL _____

(EMAIL) _____

No ASS MALADIE _____

TYPE DE FORMATION INITIALE

NÉAN..... LOISIR.....

PRIVÉ..... COMMERCIALE.....

NUIT..... MULTIMOTEUR.....

IFR.....

EXPÉRIENCE DE VOL

COMMENDANT DE BORD _____ heures

DOUBLE COMMANDE _____ heures

MÉDICAL

CATÉGORIE DE
MÉDICALE _____

DATE
D'EXPIRATION _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM/PRÉNOM _____

No DE TÉLÉPHONE _____

LIEN AVEC A PERSONNE _____

SIGNATURE
