



## 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

\_\_\_\_\_