

Persönliche Daten

Persönliche Daten

Vorname _____ Nachname _____

Strasse _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Vorname _____ Name _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-mail _____

Beruf _____ Firma _____

Brillenträger Ja* Nein * Eine gleichwertige Ersatzbrille muss bei Ausübung der Berechtigung griffbereit sein.
(EASA FCL.MED.B.070. j)(1); (2)

In dringenden Fällen zu verständigen _____

Telefon _____

Medical** _____

**mir ist ekannt, dass das Medical unter anderem bei Ingerer Krankheit oder einer invasiven Verletzung erneut überprüft werden muss (EASA FCL.MED.A.020 : Verminderung der flugmedizinischen Tauglichkeit)

Unterschrift Flugschlüler _____

Ausbildungsbeginn _____

Ausbildungsziel _____

Vorkenntnisse / Berechtigungen _____

Ausbildungsende _____