

AEROCLUB DE NUITS SAINT GEORGES



Fiche de renseignements	Date
--------------------------------	------

NOM Prénom

Date de naissance lieu de naissance

Adresse

Code postal Ville

Téléphone domicile Téléphone portable

Email

Profession

Personne à prévenir

Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Tèl	<input type="text"/>

Elève pilote oui non

Pilote breveté

Qualification	
Aéroclub	N° de licence

Visite médicale Date OK oui non

Validation de l'inscription par le président

date	signature
------	-----------