

OSOBNÍ LIST



Letecká amatérská asociace ČR

Druh výcviku, název kvalifikace	
Jméno a příjmení	
Adresa	
Datum narození	
Rodné číslo	
Telefon / e-mail	
Číslo pilotního průkazu	

Potvrzení zdravotní způsobilosti (vydává určený letecký lékař)

neschopen – schopen jako pilot SLZ

Datum prohlídky podpis a razítko lékaře

Souhlas zákonných zástupců u nezletilých osob:

Prohlašuji, že nemám námitek, aby můj syn / dcera byl(a) zařazen(a) do praktického výcviku na sportovním létajícím zařízení a souhlasím, aby tuto činnost prakticky vykonával(a).

Datum: Jméno: Podpis:

Datum: Jméno: Podpis: Ověření podpisu:

(podpis může ověřit instruktor, který vede výcvik)

Jiné kvalifikace

Držitelé ostatních průkazů způsobilosti musí pro přiznání úlev doložit kopie těchto průkazů.

Průkaz způsobilosti	Číslo průkazu	Nálet hodin / km	Poznámka

Vyjádření inspektora provozu:

Středisko pilotního výcviku: