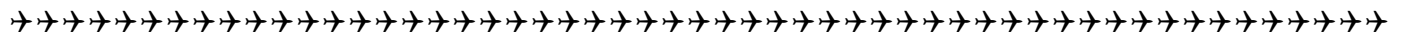


Anmeldung Motorflug Praxis



Name: _____ Vorname: _____
 PLZ: _____ Ort: _____ Strasse: _____
 Beruf: _____ Tel. G.: _____
 Geb. Dat.: _____ Tel. P.: _____
 Mail: _____ Natel: _____

FSB Kunden Nummer: _____ Mitglied AeroClub Aargau: ja nein
(falls vorhanden)

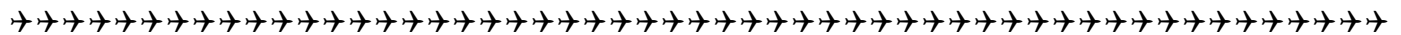


Gewünschte Ausbildung

Grundschulung Platzeinweisung Lizenzerneuerung bei abgelaufener Lizenz
 Umschulung / Einweisung Kunstflug Motorseglerumschulung
 Lizenzumschreibung Gewünschter Flugzeugtyp: _____

CH-Motorflugpilot: Ausweis Nr.: _____ SEP gültig bis: _____

Ausländischer Pilot: Lizenz-Staat: _____ Lizenz gültig bis: _____

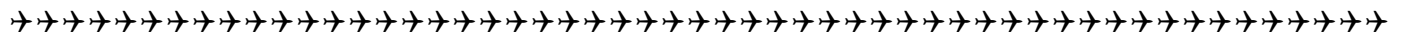


Gewünschte Ausbildungszeiten

Um Sie optimal bedienen zu können, sind wir Ihnen dankbar, wenn Sie uns die Ihnen zur Verfügung stehenden Zeiten angeben. Wir suchen für Sie einen Fluglehrer, der zu Ihren Wunschzeiten mit Ihnen fliegen kann.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag*
Morgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachmittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abend (ab 17.00 Uhr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

*Sonntags keine Grundschulung !



Vom Benutzungs- und Haftungsreglement der FSB AG habe ich Kenntnis genommen

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____
für Minderjährige: Unterschrift des Inhabers der elterlichen Gewalt

Das Depot von Fr. 1000.00 bitte vor Schulungsbeginn auf FSB PC-Konto 50-4512-8 oder bar im AIS bezahlen.

Eingang Anmeldung: _____ Fluglehrer: _____