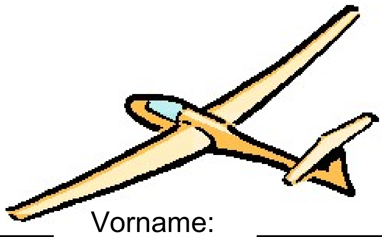
Anmeldung Segelflug Praxis



Name: ______________________ Vorname: ______________________

PLZ: __________ Ort: __________ Strasse: ______________________

Beruf: ______________________ Tel. G.: ______________________

Geb. Dat.: ______________________ Tel. P.: ______________________

Mail: ______________________ Natel: ______________________

FSB Kunden Nummer: ____________ Mitglied des Regionalverbandes des AeCS:

(wenn vorhanden) ☐ ja ☐ nein

Gewünschte Ausbildung

☐ Segelflugschüler

Grundschulkurs Nr.:______________________von:__________bis:________

Fortgeschrittenenkurs Nr.:______________________von:__________bis:________

☐ Segelflugpilot Ausweis Nr.:______________Gültig bis:________

Kunstflugkurs Nr.:______________________von:__________bis:________

Wolkenflugkurs Nr.:______________________von:__________bis:________

☐ Motorseglerumschulung

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

Ort und Datum: ______________________ Unterschrift: ______________________

für Minderjährige, Unterschrift
des Inhabers der elterlichen Gewalt

Die Kursanzahlung von Fr. 300.00 bitte vor Schulungsbeginn auf FSB PC-Konto 50-4512-8 oder bar im AIS bezahlen

Eingang: ______________Fluglehrer:______________