



Anmeldung Segelflug Praxis

Name	e:				Vorname:			
PLZ: Ort:				Strasse:				
Beruf:			Tel. G.:					
Geb.	Dat.: _				Tel. P.:			
Mail:					Natel:			
Mitglie	ed des A	\eCA:	□ ja	☐ nein				
++ +	·+++	-+++++	++++	++++	++++ ++	****	>	-+++
Gewü	inschte	Ausbildung						
	Segelflug- / TMG-Schüler							
	Schulung an Wochenenden und Donnerstagabends							
		SF-Grundku	ırs Nr.:			_von:	bis:	
	Segelf	lugpilot	Ausweis	Nr.:		_Gültig bis:		
		Motorsegler	rumschulung)				
++ +	· + ++	-++++	++++	++++	+ +++++	·+++++	>	·++++
□ vo	om Haftı	ungs- und Be	triebsreglen	nent der FSB	AG (AGB's)	habe ich Kennt	nis genommen	
Ort und Datum:					Unterschrift: für Minderjährige, Unterschrift des Inhabers der elterlichen Gewalt			
bezahl		Schüler müssen					00 5000 4512 8 oder ba Bezahlung wie oben unt	
Eingang:		Fluglehre	er / AIS:					