

# *Attestation de Lever de restriction moyen de lancement*



## **Pour un licence SPL**

Je soussigné(e)

<input type="checkbox"/> M	Nom de famille :	
<input type="checkbox"/> Mme	Prénom(s) :	
N° de la qualification FI(s)		
Validité de la qualification FI(S)		

Atteste que :

<input type="checkbox"/> M	Nom de famille :	
<input type="checkbox"/> Mme	Prénom(s) :	
N° de la qualification SPL		

**à suivre de manière complète et satisfaisante une formation pour le :**

- Lancement aérotracté
- Lancement à l'aide d'un treuil
- Lancement, décollage autonome
- Lancement à l'aide d'un véhicule
- Lancement par élastique

a :	
Du : .... / .... / .....	Au : .... / .... / .....

Date et signature

De l'instructeur :