

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 suivi 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 :