



FORMULAIRE L-03

FORM L-03

**DEMANDE
D'ENDOSSEMENT (DE RENOUVELLEMENT) D'UNE QUALIFICATION
APPLICATION
OF A RATING ENDORSEMENT (RENEWAL)**

Timbre fiscal
1000 FCFA
Fiscal stamp

Je, soussigné, _____
I, the undersigned, _____
né le _____ à _____
born on _____
de nationalité _____
of nationality _____
Demeurant à _____ adresse _____
Resident at _____ address _____
Sollicite l'endossement (le renouvellement) d'une qualification _____
Hereby request rating endorsement (renewal) _____
délivrée le _____ à _____
issued on _____ at _____
sur ma licence de _____ N° _____
on my licence _____ N° _____
délivrée le _____ à _____
issued on _____ at _____

expérience récente _____
proficiency _____

Total heures de vol _____ les six derniers mois _____ les trois derniers mois _____
Total flying hours _____ last six month _____ last three month _____
heures de nuit des trois derniers mois _____ heures IFR des trois derniers mois _____
I night flying hours for the last three month _____ instrument flying hours for the last three month _____
heures d'instruction des trois derniers mois _____
instructor flying hours for the last three month _____

Qualifications de type _____
Type ratings _____

Certificat médical d'aptitude physique de classe _____ délivrée le _____ à _____
Medical certificate class _____ issued on _____ at _____

Par _____
By _____

Visa de l'employeur _____ Fait à _____ le _____
Issued at _____ on _____

Visa de l'employeur _____
Issued at _____
(Signature du requérant)
Applicant signature

Je joins à la présente demande :

Please find attached :

- un certificat médical d'aptitude physique et mentale délivré par un Médecin agréé CCAA ;
a medical certificate attesting my fitness issued by a CCAA approved
- un extrait de mon carnet de vol arrêté ;
a copy of latest pages of my log book
- une attestation de contrôle en vol pour l'obtention de la qualification ;
a check ride rating attestation
- un dossier de formation pour l'obtention de la qualification ;
a rating training file

Marge réservée : ne rien écrire ici !

Reserved : don't write here

Date de dépôt de la demande :

Avis du SLPA

résultat d'expertise médicale :

expérience récente :

dossier conforme :

bon pour le renouvellement :

observations :

Endossement

Accordé le :

Reçu de caisse N° :

Montant : 5.000FCFA

Ref : arrêté N° 000747/MTPT DU 18/02/92

Visa et cachet de la caisse