**CARTE DE STAGIAIRE PNT PNC CCA**

 **Nom**

 **Prénom(s)**

 **Nationalité**

 **Né(e) le………………………………à.……………………………………**

 **Adresse :**

 **Téléphone :…………………………………………………………………**

 **E mail : ……………………………………………………………………..**

 **ATO : ………………………………………………………………………..**

 **Profession :**

# Date d’examen médical :…………………………… . Apte Inapte

**Classe médical : 1 2 3**

Date limite de validité………………………………………………………………………………………

Médecin examinateur………………………………………N° Agrément……………………………

**Autre(s) licence(s)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Types** | **Date de délivrance** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Total heures de vols : ……………………**

**Double commande Commandant de bord**

Je déclare sur l’honneur l’exactitude des renseignements fournis et toute fausse déclaration de ma part m’expose aux sanctions prévues par la règlementation en vigueur, notamment le code de l’aviation civile.

**Dakar, le………………………… L’intéréssé(e)**