

	INFORME DE VUELO REPASO	FR-PEL-043-05
--	--------------------------------	----------------------

INFORME DE VUELO REPASO O REHABILITACIÓN

ATENCIÓN: VALIDEZ DE 90 DIAS DESDE LA FECHA DE REALIZADO.

CIAC.- N° **Nombre .-**

Instructor que toma la prueba:

Nombres: Apellidos:

N° Licencia: Fecha de vencimiento:

Piloto a rehabilitarse:

Nombres: Apellidos:

Licencia de: N°: Vto. Certificado Aptitud Psicofísica:

Vuelo de Rehabilitación (LAR 61) para la licencia de

Categoría:..... Clase:..... Tipo:.....

con habilitación en:.....

Fecha de exposición teórica en tierra:

Hora inicio: Hora Fin:

Fecha de efectuado el vuelo:

Hora de salida: Hora de llegada:

Aeródromo:

Número de Planilla:

Matrícula de la Aeronave:

Maniobras realizadas:

.....

.....

Resultado de la Prueba:

Observaciones:

.....

.....

CIAC

Firma y Sello del Instructor

Firma y Sello de la Autoridad Aeronáutica