Imprimer

Réinitialiser

# ASSOCIATION CANADIENNE DE PARACHUTISME SPORTIF

204 - 1468 Laurier Rockland, Ontario K4K 1C7

bureau@acps.ca 613-419-0908 Télec: 613-916-6008

## DEMANDE DE CERTIFICATS DE RECONNAISSANCE

Selon la politique de l'ACPS, nous vérifions que la personne sous-mentionnée s'est qualifiée pour:

Nom: _____ #ACPS: _____ Date d'expiration: _____

Adresse: _____

# Télé: _____ Années avec l'ACPS: _____ # de sauts: _____

Brevet le plus haut: _____ Certifications: _____ ZS/Club: _____

**Heures Accumulées en Chute Libre**

Ayant noté ☐ heures ou plus de chute libre et ayant détenu son adhésion à l'ACPS durant les deux (2) années consécutives précédant cette demande.

**Anniversaire**

Ayant été membre de l'ACPS pendant une période de ☐ ans

De: ☐ A: ☐

Détails: Affiliation, depuis l'adhésion initiale

Groupe-membre ☐

Durant les années: ☐

Groupe-membre ☐

Durant les années: ☐

Groupe-membre ☐

Durant les années: ☐

Groupe-membre ☐

Durant les années: ☐

Groupe-membre ☐

Durant les années: ☐

**VÉRIFICATION**

☐ J'ai vérifie les carnets de sauts et les documents pertinent du candidat et déclare qu'ils sont bien en règle et je confirme que je suis actuellement un participant enregistré de l'ACPS

Nom: ☐

Date: ☐

Signature: ☐

Pour présentation au ☐

**Ailes d'Or**

Ayant complété ☐ sauts en chute libre et ayant détenu son adhésion à l'ACPS durant les deux (2) années consécutives précédant cette demande.

**CXM** ☐ Ayant participé à une formation de 10 ou plus, d'une durée de cinq (5) secondes ou plus, au dessus d'une zone de sauts canadienne et confirmé par les autres sauteurs faisant partie de la formation et par au moisn deux témoins au sol, détenant un brevet "B" ou plus élevé.

Détails Dix Étoiles Coût: $5.00

Endroit: ☐

Date: ☐ # du saut: ☐

Position d'entrée: ☐ # dans la formation: ☐

Témoins:

Nom: ☐ Brevet: ☐

Nom: ☐ Brevet ☐

Nom: ☐ Brevet ☐

Nom: ☐ Brevet ☐

Nom: ☐ Brevet ☐

Nom: ☐ Brevet ☐

Nom: ☐ Brevet ☐

Nom: ☐ Brevet ☐

Nom: ☐ Brevet ☐

Témoins au sol:

Nom: ☐ Brevet ☐

Nom: ☐ Brevet ☐

Pilote: ☐ # Licence: ☐

Envoyer à: (si autre que ci-haut)

Nom/adresse: ☐