

DELIVRANCE INITIALE
 RENOUELEMENT

PROROGATION
 AJOUT DE PRIVILEGES : _____

ETAT CIVIL

Nom : _____
Prénom(s) : _____
Date de naissance : _____

**1
Photo**

COORDONNEES

Coordonnées personnelles	Coordonnées personnelles diffusables sur Internet*
Adresse : N° _____ rue _____	<input type="checkbox"/> Cochez dans les cases ci-contre les informations que vous souhaitez voir diffuser sur Internet. (Si à l'avenir, vous souhaitez modifier vos choix, vous pouvez le faire depuis votre espace Sigebel)
Code Postal : _____ Localité : _____	
Pays : _____	
N° de Téléphone : _____	
N° de télécopie : _____	
N° de Portable : _____	<input type="checkbox"/>
Mèl : _____	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

*La DGAC informe l'ensemble du public ATO, Compagnies, Candidats, des listes d'examineurs autorisés par l'autorité. Le media utilisé est internet (<https://sigebelext.aviation-civile.gouv.fr/sigebelext/listeexaminateur.htm>). Conformément à la loi N°78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données recueillies sur ce fichier.

EMPLOYEUR ACTUEL (RENSEIGNEMENT FACULTATIF)

Emploi occupé : _____ N° de tel Professionnel : _____
Mèl : _____ N° de télécopie : _____

PRE REQUIS TRE(SPA) (§ FCL.1010.TRE)

TITRE ET QUALIFICATIONS

N° licence CPL(A) ou ATPL(A) : _____

Dans le cas d'un renouvellement ou d'une extension de privilèges uniquement :

N° Autorisation : **F-TREA-SP** _____ valide du ___/___/20___ au ___/___/20___

Privilèges actuels détenus : _____

Qualification TRI : **F-LTRIASP** _____ valide du ___/___/20___ au ___/___/20___

Avec le(s) Privilège(s)

QT _____ valide du ___/___/20___ au ___/___/20___

QT _____ valide du ___/___/20___ au ___/___/20___

QT _____ valide du ___/___/20___ au ___/___/20___

Qualification(s) de Type avion HPAC :

QT _____ valide du ___/___/20___ au ___/___/20___

QT _____ valide du ___/___/20___ au ___/___/20___

QT valide du ___ / ___ /20___ au ___ / ___ /20___
Etes-vous détenteur d'une qualification MCCI ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui : F-LMCCI _____ valide du ___ / ___ /20___ au ___ / ___ /20___
Etes-vous ou avez-vous été détenteur d'une qualification TRI(MPA) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui : F-LTRIMPA _____ valide du ___ / ___ /20___ au ___ / ___ /20___
Type d'environnement souhaité : <div style="text-align: center;"> SPO <input type="checkbox"/> MPO* <input type="checkbox"/> SPO + MPO* <input type="checkbox"/> </div>
*Seuls les détenteurs d'une MCCI ou ceux qui détiennent ou ont détenu un TRI(MPA) sont éligibles MPO (§ FCL.905.TRI c)1)

<i>EXPERIENCE EN VOL</i>	<i>NOMBRE D'HEURES</i>
Total des heures de vol en tant que pilote d'avion monopilote	<i>(500 h mini)</i>
Total des heures de vol en tant que CDB sur avion monopilote	<i>(200 h mini)</i>
Total des heures de vol en tant que CDB sur le type	
Total des heures en instruction (TRI) sur le type*	<i>(50 h mini)</i>
Total général des heures de vol sur avion	

* : en délivrance

ACTIVITE MINIMALE EXAMINATEUR (§ FCL.1025 B 1))

A remplir uniquement en cas de prorogation

Liste des épreuves ou contrôles relevant des privilèges TRE(SPA) justifiant l'activité minimale exigée de 2 contrôles par année d'autorisation (inscrire deux opérations par année d'autorisation) :

	DATE	TYPE D'EPREUVE	NOM PRENOM DU CANDIDAT	N° LICENCE CANDIDAT
1				
2				
3				
4				
5				
6				

ENGAGEMENT CANDIDAT

- Je déclare sur l'honneur faire l'objet d'aucune sanction au cours des 3 dernières années, et notamment d'aucune suspension, limitation ou retrait d'aucune de mes licences, qualifications ou autorisations. (cf. FCL1010 b).
- Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions de l'article 441-1 du Code pénal, reproduites ci-dessous, relatives aux faux. De plus en cas de violation de ces dispositions, nonobstant les sanctions pénales susceptibles de m'être infligées, je reconnais avoir été informé(e) que la décision d'acceptation fera l'objet d'une décision de retrait immédiat.

« Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende. »

Date : Le ____ / ____ / 20 ____

Signature:

ATTESTATION DE FORMATION TRE(SPA) (§ FCL.1015 ET FCL.1025)

Fournir selon le cas une attestation de standardisation ou de remise à niveau TRE(SPA) d'un ATO habilité

OU

A remplir par le responsable pédagogique de l'ATO ayant dispensé selon le cas

- délivrance TRE(SPA) ou prorogation TRE(SPA) ou renouvellement TRE(SPA)

ATO : _____

Numéro ATO : _____

Dates formation : _____ au _____

Durée formation théorique : _____

Durée formation pratique : _____

Nombre de séances : _____ dont en vol (si applicable) : _____

Nom, Prénom(s) du Responsable Pédagogique : _____

Nom, Prénom(s) du candidat examinateur : _____

- Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions de l'article 441-1 du Code pénal, reproduites ci-dessous, relatives aux faux. De plus en cas de violation de ces dispositions, nonobstant les sanctions pénales susceptibles de m'être infligées, je reconnais avoir été informé(e) que la décision d'acceptation fera l'objet d'une décision de retrait immédiat.

Signature du Responsable Pédagogique:

L'évaluation de compétences pour la délivrance initiale d'une autorisation TRE(SPA) (FCL.1020) est conduite par un pilote inspecteur de l'autorité (I-TRE(SPA)), en prorogation ou renouvellement par un S-TRE(SPA) désigné ou par un I-TRE(SPA).

A retourner à votre service de rattachement.