附件2

2025年全国滑翔伞定点锦标赛

比赛器材和保险检查单

姓名：	性别：	手机号：
身份证号：	C级或以上级别签注时间：	
飞行执照号码：	会员证号码：	2024年会费缴纳(是/否)：
伞翼品牌、系列：		
级别：	尺寸：	颜色：
头盔品牌、认证:	座袋品牌、系列、尺码:	
副伞品牌、类型:	最后一次叠伞时间:	
是否使用过副伞:	在什么情况下：	
保险情况：		
保险公司名称：		
保险单号：		
紧急联系人及电话：		
本人电话：		
地址：		

飞行员签字： **器材装备检查人签字：**

保险检查人签字： **签字日期：**