

DEMANDE DE LICENCE

Club : Responsable :

DONNEES DU DEMANDEUR DE LICENCE

Nom : _____ Prénom : _____
 Date Naissance : ____ / ____ / ____ Nationalité : _____
 Sexe : M F
 Adresse : _____ Nr : _____ Bte : _____ Code Postal : _____
 Ville : _____ GSM nr. : _____ / _____
 E MAIL : _____ @ _____

Prière de remplir très lisiblement en grande lettres svp !!

Les demandeur et dessus nommé, donne son accord pour que se données soient exploitées par d'autres dans les cadre pratique sportive

Signature du demandeur de licence

Signature des parents - 18 ans

ATTESTATION MEDICALE D'APTITUDE A LA PRATIQUE

Je soussigné docteur médecine, déclaré que la personne ci dessus mentionné et médicalement apte et ne voie aucune contre indication à la pratique du kick boxing en tous styles Point, Light et Full contact K1 Low Kick.

APTE POUR L'ENTRAINEMENT DU KICKBOXING :

APTE POUR LA COMPETITION EN KICKBOXING :

1 photo de passeport et une copie du passeport s'il vous plaît.

Date : / / 20.....
 Signature du Médecin
 Tampon du Médecin (2 pages)

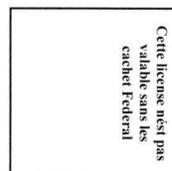
Nouveau membre :

Renouvellement : License n.r. 1285 / / / 20.....

RESERVE AU SECRETARIAT

License nr : 1285 / / / 20.....

Date d'échéance : / / 20.....



DEMANDE DE LICENCE

Club : Responsable :

DONNEES DU DEMANDEUR DE LICENCE

Nom : _____ Prénom : _____
 Date Naissance : ____ / ____ / ____ Nationalité : _____
 Sexe : M F
 Adresse : _____ Nr : _____ Bte : _____ Code Postal : _____
 Ville : _____ GSM nr. : _____ / _____
 E MAIL : _____ @ _____

Prière de remplir très lisiblement en grande lettres svp !!

Les demandeur et dessus nommé, donne son accord pour que se données soient exploitées par d'autres dans les cadre pratique sportive

Signature du demandeur de licence

Signature des parents - 18 ans

ATTESTATION MEDICALE D'APTITUDE A LA PRATIQUE

Je soussigné docteur médecine, déclaré que la personne ci dessus mentionné et médicalement apte et ne voie aucune contre indication à la pratique du kick boxing en tous styles Point, Light et Full contact K1 Low Kick.

APTE POUR L'ENTRAINEMENT DU KICKBOXING :

APTE POUR LA COMPETITION EN KICKBOXING :

1 photo de passeport et une copie du passeport s'il vous plaît.

Date : / / 20.....
 Signature du Médecin
 Tampon du Médecin (2 pages)

Nouveau membre :

Renouvellement : License n.r. 1285 / / / 20.....

RESERVE AU SECRETARIAT

License nr : 1285 / / / 20.....

Date d'échéance : / / 20.....