



LICENCE - ASSURANCE

CACHET DU CERCLE OBLIGATOIRE (Nom + N° fédéral)

à remplir par la fédération

Date

F.F.K.A. M.A.

N° de licence

En vertu de la loi sur la Protection de la Vie Privée, les renseignements mentionnés sur ce document restent la propriété de la FFKAMA

NOM :

Prénoms :

Sexe : M F **Age :** **ans**

Date de naissance : - - **Lieu de naissance :**

Nationalité : **N° de téléphone :** **N° de GSM :**

ADRESSE :

N°

Code Postal :

Commune :

Bte

Adresse e-mail : (E-mail du père, mère ou tuteur pour les mineurs)

CERTIFICAT MEDICAL

Le soussigné Docteur en médecine
déclare le demandeur apte à pratiquer le Karaté.

Signature :

Date :

jour

mois

année

Cachet du médecin
obligatoire

PRIX DE LA LICENCE

LICENCE
ASSURANCE

FFKAMA

20 €

Je m'engage à respecter formellement les Statuts de la F.F.K.A.M.A. ainsi que les règlements d'Ordre Intérieur dont j'ai pris connaissance.

Signature du membre (père, mère ou tuteur pour les mineurs)

....., le/...../.....

Demande de carnet pour les nouveaux membres oui non

* = A remplir par le secrétaire du cercle



F.F.K.A.M.A. asbl
RECU ASSOCIATION



Licence N°

*Cachet du cercle

*Nom :

*Prénom :

*Adresse :

Membre FFKAMA

Jusqu'au :

FFKAMA a reçu le droit de 20 €

Signature :

* = A remplir par le secrétaire du cercle



F.F.K.A.M.A. asbl
DUPLICATA CERCLE



Licence N°

*Cachet du cercle

*Nom :

*Prénom :

*Adresse :

Membre FFKAMA

Jusqu'au :

FFKAMA a reçu le droit de 20 €

Signature :

* = A remplir par le secrétaire du cercle



F.F.K.A.M.A. asbl
A COLLER DANS LE CARNET



Licence N°

*Cachet du cercle

*Nom :

*Prénom :

*Adresse :

Membre FFKAMA

Jusqu'au :

FFKAMA a reçu le droit de 20 €

Signature :