Fédération Francophone de Karaté et Arts Martiaux Associés F.F.K.A.M.A.

Rue de Namur 84 - 5000 NAMUR
Tél. : +32 (81) 39 08 69 - E-mail : ffkama.contact@gmail.com

LICENCE - ASSURANCE

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

CACHET DU CERCLE OBLIGATOIRE (Nom + N° fédéral)

à remplir par la fédération

Date

N° de licence

En vertu de la loi sur la Protection des données (GDPR), 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 : **LA VISITE MEDICALE EST FACULTATIVE**

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 (si oui, facturation de 5€ pour le carnet)

* = 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 :