Eódóration Francophono do Karató at Arta Martiaux Accaciós E E K A M A

	Rue Nanon 98 - 5000 N Tél. : +32 (81) 39 08 69 - E-I	AMUR - 4 ^{ème} étage - Bureau	ı 1
	LICENCE -	ASSURANCE	
ك	CACHET DU CERCLE O	BLIGATOIRE (Nom + N° fédéral)	à remplir par la fédération
F.F.K.A. M.A.			Date N° de licence
En vertu de la	a loi sur la Protection de la Vie Privée, les	renseignements mentionnés sur ce do	ocument restent la propriété de la FFKAMA
NOM:			
Prénoms :			Sexe: M F Age: ans
Date de naissance :	Lieu de	naissance:	
Nationalité :	N° de carte d'identité :		Profession :
ADRESSE:			N° N°
Code Postal :	Commune :		Bte
Adresse e-mail :			(E-mail du père, mère ou tuteur pour les mineurs
CERTIFICAT	T MEDICAL	PRIX	DE LA LICENCE
Le soussigné Doct déclare le demandeur ap			LICENCE ASSURANCE
Signature : LA VISITE MEDIC	CALE EST FACULTATIVE		FFKAMA
jour mois année	Cachet du médecin	40 €	+ 5 € nour le carnet

Date :	jour	mois	année	Cachet du médecin obligatoire		40 € +5€ pour le carnet	
Je m'en	igage à r	especter	formellement les	s Statuts de la F.F.K.A.M.A. air	nsi que les règlem	nents d'Ordre Intérieur dont j'ai pris connaissance. Signature du membre (père, mère ou tuteur pour les	
Demand	de de cai	rnet pou	r les nouveaux m	embres 🗆 oui 🗀 non			

* = A remplir par le secrétaire du cercle

F.F.K.A.M.A. asbl
REÇU ASSOCIATION
Licence N°
*Cachet du cercle
*Nom:
*Prénom :
*Adresse :
Membre FFKAMA
Membre FFRAMA
Jusqu'au :
Association a reçu le droit de 20 € 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 :
Association a reçu le droit de 20 €
FKAMA a reçu le droit de 20 €
Signature :

4	* = A remplir par le secrétaire du cercle
I	A COLLER DANS LE CARNET
Licenc	ce N°
*Cachet	du cercle
*Nom	:
*Prénd	om:
*Adres	sse:
	Membre FFKAMA
Jusqu	'au :
	siation a reçu le droit de 20 € MA a reçu le droit de 20 €