CADRE RESERVE AU RESPONSABLE DU CLUB

Je demande un carnet sportif pour ce boxeur : O Oui O Non
(Si oui, joindre une seconde photo d'identité au dos de laquelle vous écrirez le nom et le prénom du boxeur).

J'ai fait les vérifications suivantes :

=> Le présent document est correctement complété.
=> Le certificat ne comporte ni rature, ni modification. Il est bien daté et signé par le médecin.

J'ai effectué, avant l'envoi de cette demande, le versement sur le numéro de compte de la FMDAB **(COMPTE AXA : BE72 7512 0630 6916 Bic : AXABBE22)**

J'envoie ensuite la présente demande de licence, ainsi que la preuve nominative de paiement à l'adresse suivante :

FMDAB
Pierre LESNE
Rue de Marvis, 86
7500 TOURNAI

Remarques importantes :

Pour qu'une licence puisse être valable, il est indispensable que votre club soit en règle d'affiliation au niveau de la FMDAB.

Aucune licence ne sera établie dans l'urgence.

Nom, prénom et signature du responsable du club :

Nom : **Lesne**

Prénom : **Pierre**

Signature :

http://www.fmdab.be

Nous contacter : http://www.fmdab.be/contact
Pierre (0474/970.873) Jean-Luc (0472/68.52.07)

Demande de licence sportive

Photo

Collez, dans ce cadre, une vignette de mutuelle.
Si vous n'en possédez pas, complétez les données suivantes :

Nom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Date de naissance : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Nom du club : **Kick & Thaï Boxing Club Vaniche**

Numéro du club : | **0 | 0 | 6 | 3** | (4 premiers chiffres des numéros de licences)

O C'est une nouvelle inscription

O C'est une demande de renouvellement.

Numéro de licence : |___|___|___|___|___|___|___|___|

INFORMATIONS CONCERNANT LE DEMANDEUR

DANS CE CADRE, VOUS NE COMPLETEZ QUE LES INFORMATIONS QUI NE SONT PAS (PLUS) VALABLES SUR LA VIGNETTE OU QUI NE S'Y TROUVERAIENT PAS…

Date de naissance : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Adresse : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Numéro : |__|__|__|__|__|__|

Code Postal : |__|__|__|__|__|

Localité : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Numéro de téléphone : _____

Adresse mail : _____

O Je suis un compétiteur :

Si oui, dans quelle classe boxez-vous actuellement ? Kids (-16 ans) - D - C - B - A
Nombre de combats à ce jour : _____ dont ____ victoires, ____ nuls, ____ défaites

Disciplines dans lesquelles vous combattez : Kick - Japan (K1) - Thaï - MMA

Nombre d'années de pratiques : _____ année(s)

O J'aimerais éventuellement me lancer dans la compétition :

Disciplines dans lesquelles vous pourriez combattre : Kick - Japan (K1) - Thaï - MMA

Nombre d'années de pratiques : _____ année(s)

Les informations reprises sur ce document sont sincères et exactes.

Pour les mineurs, la signature d'un responsable légal est obligatoire.

La licence est valable un an. Pour la première demande, la date de prise en compte est le premier du mois de la rédaction du certificat médical ci-contre. En cas de renouvellement, la nouvelle licence commencera à l'échéance de la précédente. S'il y a un retard de plus de six mois, la règle de la première demande sera alors d'application.

Tout boxeur qui n'est pas en ordre de licence (ou qui ne l'aura pas renouvelée à temps) ne pourra pas être pris en charge par l'assurance de la fédération en cas d'accident et ne pourra pas participer à la moindre compétition ni au moindre interclubs.

CERTIFICAT MEDICAL

Le certificat médical sera rédigé de manière lisible, sans modification ni rature.
L'utilisation d'un correcteur (Tipp-ex, effaceur,...) est strictement interdite.

En cas de rature ou de correction, merci de joindre un autre certificat rédigé sur papier normal.

Pour être valable, toutes les données reprises sur cette partie doivent être complétées et le certificat doit être obligatoirement daté et signé par le médecin.

Je soussigné(e) _____

docteur en médecine, déclare par la présente avoir examiné

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____/_____/_____ - Poids : _____ kg - Taille : _____,_____ m

et atteste qu'il ne présente, ce jour, aucune contre-indication médicale à la pratique des boxes pieds poings et du MMA (mélange de boxe et de lutte de soumission)

Date : _____/_____/_____

Cachet du médecin Numéro INAMI Signature du médecin

_____

SIGNATURE(S)

Signature du demandeur :

Si le demandeur n'a pas 18 ans, nom, prénom et signature d'une personne ayant la responsabilité légale du demandeur :

Nom : _____

Prénom : _____

Signature :