

FÉDÉRATION BELGE DES ARTS MARTIAUX ASBL <b>FEBELAM</b> N°0842.039.578			
DEMANDE DE LICENCE-ASSURANCE FÉDÉRAL D'ARTS MARTIAUX			
ECRIRE EN IMPRIMÉ SVP			
À RENTRER DANS <b>LES HUIT JOURS</b>			
DISCIPLINE	<input checked="" type="checkbox"/> JUDO	<input type="checkbox"/> JU-JUTSU	<input type="checkbox"/> SELF DÉFENSE
NOM		PRÉNOM	
NÉ A		LE	
DOMICILE			N°
CP	LOCALITE	TEL	
NOM DU CLUB <b>Jumet Hamendes</b>			
RESPONSABLE LICENCES <b>Philippe BEAUFAYS</b>			
NUMÉRO DU CLUB <b>003</b>			
COCHER LES MENTIONS UTILES			
<input checked="" type="checkbox"/> AFFILIATION			
<input type="checkbox"/> RENOUELEMENT		NUMÉRO DE LICENCE <b>003/</b>	
<input type="checkbox"/> DUPLICATA			
CEINTURE NOIRE		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
AUTORISE LA FEBELAM A UTILISER DES PHOTOS SUR SON SITE INTERNET		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
CASE RÉSERVÉE AU MÉDECIN			
COCHER LES MENTIONS UTILES		<input type="checkbox"/> APTE	<input type="checkbox"/> INAPTE
POUR LES RECOMMANDATIONS ÉVENTUELLES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL			
VIGNETTE MUTUELLE		DATE, SIGNATURE, CACHET DU MÉDECIN	
LICENCE VALABLE DU ____/____/20____ AU ____/____/20____			



FÉDÉRATION BELGE DES ARTS MARTIAUX ASBL <b>FEBELAM</b> N°0842.039.578			
DEMANDE DE LICENCE-ASSURANCE FÉDÉRAL D'ARTS MARTIAUX			
ECRIRE EN IMPRIMÉ SVP			
À RENTRER DANS <b>LES HUIT JOURS</b> <b>COPIE CLUB</b>			
DISCIPLINE	<input checked="" type="checkbox"/> JUDO	<input type="checkbox"/> JU-JUTSU	<input type="checkbox"/> SELF DÉFENSE
NOM		PRÉNOM	
NÉ A		LE	
DOMICILE			N°
CP	LOCALITE	TEL	
NOM DU CLUB <b>Jumet Hamendes</b>			
RESPONSABLE LICENCES <b>Philippe BEAUFAYS</b>			
NUMÉRO DU CLUB <b>003</b>			
COCHER LES MENTIONS UTILES			
<input checked="" type="checkbox"/> AFFILIATION			
<input type="checkbox"/> RENOUELEMENT		NUMÉRO DE LICENCE <b>003/</b>	
<input type="checkbox"/> DUPLICATA			
CEINTURE NOIRE		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
AUTORISE LA FEBELAM A UTILISER DES PHOTOS SUR SON SITE INTERNET		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
CASE RÉSERVÉE AU MÉDECIN			
COCHER LES MENTIONS UTILES		<input type="checkbox"/> APTE	<input type="checkbox"/> INAPTE
POUR LES RECOMMANDATIONS ÉVENTUELLES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL			
VIGNETTE MUTUELLE		DATE, SIGNATURE, CACHET DU MÉDECIN	
LICENCE VALABLE DU ____/____/20____ AU ____/____/20____			

