

AFSTB

Arts Martiaux

Rue du puisard, 1

7340 Colfontaine

tél : 065/661120

Courriel : CSANSecretariat@gmail.com



Demande de* : renouvellement de licence échue le : / /

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe :
Nationalité :

Discipline :	NINJUTSU - BUJINKAN
Club :	ISS-HOGAÏ IN-YÔ DOJO
Grade :	

Votre adresse :

Rue :
Numéro :
Localité ET CP :
Téléphone :
Gsm :
Email :

Je soussigné s'engage à respecter l'éthique sportive et ne porter atteinte ni à l'esprit de arts martiaux ni à l'honneur de l'AFSTB tant lors des activités sportives que dans la vie de tous les jours

Date et signature (signature des parents pour les mineurs d'âge)

A remettre en main propre à JS HUET ou à envoyer par mail à js@isshogai-dojo.be



VOIR PAGE 2 !!!

A faire remplir par le médecin -> -> -> ->

*Biffer la mention inutile.

AFSTB

Arts Martiaux

Rue du puisard, 1

7340 Colfontaine

tél : 065/661120

Courriel : centrespportifarthurnaze@gmail.com



Certificat médical obligatoire

Nom :
Prénom :
Date de naissance : / /

Je soussigné, Docteur en Médecine, certifie avoir interrogé et examiné personnellement, ce jour, le sportif dont l'identité est reprise ci-dessus, et avoir constaté qu'il ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique des arts martiaux.

Fait à :

Le : / /

Signature et cachet (ou Nom lisible et N° INAMI)

--