**AFSTB**

**Arts Martiaux**

Rue du puisard, 1  
7340 Colfontaine  
tél : 065/661120  
Courriel : CSANSecretariat@gmail.com

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : |  |
| Prénom : |  |
| Date de naissance : | / / |
| Sexe : |  |
| Nationalité : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Discipline : |  |
| Club : |  |
| Grade : |  |

Votre adresse :

|  |  |
| --- | --- |
| Rue : |  |
| Numéro : |  |
| Localité : |  |
| 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](mailto:js@isshogai-dojo.be)



**AFSTB**

**Arts Martiaux**

Rue du puisard, 1  
7340 Colfontaine  
tél : 065/661120  
Courriel : centresportifarthurnaze@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 |