

Cadre réservé à la FFPB

					-					-									

Enregistré le :
Demande à remplir en lettres majuscules et à retourner au siège de la FFPB, complétée et signée.

DEMANDE DE LICENCE

ASSOCIATION
 INDIVIDUELLE

A cocher

NOM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRÉNOM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance
Jour

--	--

 Mois

--	--

 Année

--	--	--	--

La licence et la couverture assurance ne prendront effet qu'à la date d'enregistrement à la FFPB.

ADRESSE POSTALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CODE POSTAL


--	--	--	--	--

 VILLE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

➡ A compléter **uniquement** si demande de LICENCE ASSOCIATION

➡ A compléter par le DEMANDEUR de LICENCE

COMITÉ	E-mail
ASSOCIATION	① Téléphone
VISA du PRÉSIDENT de l'ASSOCIATION 	le <input checked="" type="checkbox"/> Cocher la case correspondante :
CONTROLE MEDICAL OBLIGATOIRE (licence association ou individuelle) par : (Médecin ou centre médical, pas nécessaire pour dirigeant non pratiquant)	Signature du demandeur  FEMME <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> DIRIGEANT PRATIQUANT <input type="checkbox"/> DIRIGEANT NON PRATIQUANT <input type="checkbox"/>

Cadre réservé à la FFPB

					-					-									

Enregistré le :
Demande à remplir en lettres majuscules et à retourner au siège de la FFPB, complétée et signée.

DEMANDE DE LICENCE

ASSOCIATION
 INDIVIDUELLE

A cocher

NOM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRÉNOM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance
Jour

--	--

 Mois

--	--

 Année

--	--	--	--

La licence et la couverture assurance ne prendront effet qu'à la date d'enregistrement à la FFPB.

ADRESSE POSTALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CODE POSTAL

--	--	--	--	--

 VILLE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

➡ A compléter **uniquement** si demande de LICENCE ASSOCIATION

➡ A compléter par le DEMANDEUR de LICENCE

COMITÉ	E-mail
ASSOCIATION	① Téléphone
VISA du PRÉSIDENT de l'ASSOCIATION 	le <input checked="" type="checkbox"/> Cocher la case correspondante :
CONTROLE MEDICAL OBLIGATOIRE (licence association ou individuelle) par : (Médecin ou centre médical, pas nécessaire pour dirigeant non pratiquant)	Signature du demandeur  FEMME <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> DIRIGEANT PRATIQUANT <input type="checkbox"/> DIRIGEANT NON PRATIQUANT <input type="checkbox"/>