

Le pratiquant est en règle dès que :

- ✚ Son inscription nous parvient et que le montant dû a été porté en compte.
- ✚ Les 02 volets remplis en caractères d'imprimerie parviendront sous 8^{aine} à la Direction Administrative Centrale.
Les frais de rejets engendrés sont à la seule charge du Club en ce compris les frais administratifs.

INSCRIPTION FEDERALE ITBF & D.A.*

| | |
|-----------------------------|----------|
| Discipline | |
| NOM | Prénom |
| Né à | le |
| Domicile | |
| Code Postal | Localité |
| EMAIL* | |
| Profession | |
| Club & nom du responsable : | |
| Adresse Responsable : | |
| Code Postal | Localité |
| EMAIL* | |

| | |
|--|------------------------------|
| Demande de licence-assurance fédérale d'arts martiaux | |
| <input type="checkbox"/> Affiliation | <input type="checkbox"/> oui |
| <input type="checkbox"/> Renouvellement | <i>Ceinture noire</i> |
| <input type="checkbox"/> Duplicata | <input type="checkbox"/> non |

CASES RESERVEES AU MEDECIN

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Apte |
| <input type="checkbox"/> Inapte |
| Recommandations éventuelles (le cas échéant, joindre un certificat médical) |
| Date, signature et cachet du médecin (les deux volets) |

Cases réservées à la Direction Administrative

| | |
|---|----|
| Licence valable du | au |
| <u>Licence numéro</u> | |
| *Merci de remplir en caractères d'imprimerie les deux volets et toutes les rubriques. | |
| * L'adresse email sert uniquement en correspondance interne. | |
| * la date d'inscription est date charnière et non celle de la visite médicale | |
| * les retardataires seront avisés par le Directeur Administratif. | |

Le pratiquant est en règle dès que :

- ✚ Son inscription nous parvient et que le montant dû a été porté en compte.
- ✚ Les 02 volets remplis en caractères d'imprimerie parviendront sous 8^{aine} à la Direction Administrative Centrale.
Les frais de rejets engendrés sont à la seule charge du Club en ce compris les frais administratifs.

INSCRIPTION ACADEMIE FRANCOPHONE TAÏCHI - QI-GONG & D.A. *

| | |
|-----------------------------|----------|
| Discipline | |
| NOM | Prénom |
| Né à | le |
| Domicile | |
| Code Postal | Localité |
| EMAIL* | |
| Profession | |
| Club & nom du responsable : | |
| Adresse Responsable : | |
| Code Postal | Localité |
| EMAIL* | |

| | |
|--|------------------------------|
| Demande de licence-assurance fédérale d'arts martiaux | |
| <input type="checkbox"/> Affiliation | <input type="checkbox"/> oui |
| <input type="checkbox"/> Renouvellement | <i>Ceinture noire</i> |
| <input type="checkbox"/> Duplicata | <input type="checkbox"/> non |

CASES RESERVEES AU MEDECIN

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Apte |
| <input type="checkbox"/> Inapte |
| Recommandations éventuelles (le cas échéant, joindre un certificat médical) |
| Date, signature et cachet du médecin (les deux volets) |

Cases réservées à la Direction Administrative

| | |
|---|----|
| Licence valable du | au |
| <u>Licence numéro</u> | |
| *Merci de remplir en caractères d'imprimerie les deux volets et toutes les rubriques. | |
| * L'adresse email sert uniquement en correspondance interne. | |
| * la date d'inscription est date charnière et non celle de la visite médicale | |
| *les retardataires seront avisés par le Directeur Administratif | |