



Formulaire de demande de licence ou de renouvellement de licence

## FÉDÉRATION BELGE FRANCOPHONE DE PATINAGE

A.S.B.L. reconnue par le C.O.I.B., l'A.D.E.P.S. et la F.B.R.S.

Président : Joël Ogunade

Site web : [www.fedepatinage.be](http://www.fedepatinage.be)

Siège social et bureau : Place Marcel Broodthaers 8, boîte 5 – 1060 Bruxelles

Secrétariat : [secretariat@fedepatinage.be](mailto:secretariat@fedepatinage.be)

N° d'entr. : 0418.389.011 | Compte AXA n° IBAN BE70 7000 0543 0125 | Contrat d'ass. Ethias n° 45.046.464

Discipline :  Inline Hockey  Artistique  Roller Derby  Roller Soccer  Loisirs  Course  Freestyle  Skateboard  Autres <sup>(1)</sup>

Catégorie de licence <sup>(2)</sup>	Patineur + 12 ans	Patineur - 12 ans	Joueur Derby + 12 ans	Joueur Derby - 12 ans	Moniteur ADEPS	Arbitre / Juge	Non-patineur
	A <input type="checkbox"/>	A' <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B' <input type="checkbox"/>	C/A <input type="checkbox"/> C/B <input type="checkbox"/>	D/A <input type="checkbox"/> D/B <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>

### Nom, adresse et visa du club

Date de la demande :

Club : .....

Siège social : .....

Prénom, nom et qualité du responsable : .....

Accepte l'affiliation du demandeur ci-dessous nommé. Pour accord, signature :

### INFORMATION CONCERNANT LE DEMANDEUR

N° de licence lors du renouvellement : .....

Nom et prénom : ..... M / F <sup>(3)</sup>

Adresse : ..... No : ..... Boîte : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

Date et lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

Le demandeur ou son représentant légal déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement d'ordre intérieur de la F.B.F.P.  
Le demandeur ou son représentant légal autorise les représentants officiels à prendre toute décision utile en cas d'urgence.  
Le demandeur ou son représentant légal autorise / n'autorise pas <sup>(3)</sup> la publication de photos sportives dans les magazines, média et site internet.

Nom, prénom et signature du demandeur majeur, du parent ou du représentant légal :

.....

### CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné ..... ,  
docteur en médecine, certifie avoir examiné

.....  
et le / la <sup>(3)</sup> déclare apte à la pratique du sport.

Date, signature et cachet du médecin :

Formulaire à renvoyer, accompagné d'une photo d'identité récente <sup>(4)</sup>, au **secrétariat de votre club** de roller sports qui se chargera du dossier auprès de la F.B.F.P.

<sup>(1)</sup> Sélectionner une seule discipline  
<sup>(2)</sup> Sélectionner au moins une catégorie

<sup>(3)</sup> Biffer la mention inutile

<sup>(4)</sup> Photo prise sur fond clair au format de 36x47 mm. La photo peut être envoyée au format jpeg par courriel, en précisant vos nom et prénom.

