



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

Siège social et bureau : 4, Rue des Pères Blancs – 1040 Bruxelles

Secrétariat : 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 : <input type="checkbox"/> Inline Hockey <input type="checkbox"/> Artistique <input type="checkbox"/> Roller Derby <input type="checkbox"/> Roller Soccer <input type="checkbox"/> Loisirs <input type="checkbox"/> Course <input type="checkbox"/> Freestyle <input type="checkbox"/> Skateboard <input type="checkbox"/> Autres ⁽¹⁾							
Catégorie de licence ⁽²⁾	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	Club :
	Siège social :
Date de la demande :	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 ⁽³⁾		
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 ⁽³⁾ 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 déclare qu'il/elle ⁽³⁾ ne présente pas de contre-indications à la pratique du sport.	Date, signature et cachet du médecin :

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

⁽¹⁾ Sélectionner une seule discipline

⁽²⁾ Sélectionner au moins une catégorie

⁽³⁾ Biffer la mention inutile

⁽⁴⁾ 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.

