



AWAM

ASBL

Nr. : 451 793 633

D'AFFILIATION

DEMANDE :

DE RENOUVELLEMENT



DE DUPLICATA

Discipline :

Club :

NOM : Prénom :

Email :

Genre : M / F / I Date de naissance : / /

Pour les mineurs Nom et Prénom du responsable :

PS : l'intéressé, ou son représentant légal,
autorise l'AWAM à utiliser ses données
personnelles dans le cadre de l'obtention
de la licence auprès de l'AWAM

Coller un vignette de mutuelle.

Obligatoire

Pour accord, signature : 

Obligatoire

Déclaration du Médecin

Obligatoire

Apté

A pratiquer le :

Inapte

Cachet du médecin

Date et signature du médecin

RESERVE A L'AWAM

Licence valable du : Jusqu'au :

N° de licence :

Cachet fédéral

A renvoyer dûment Complété à :
assurances.awam@gmail.com
Pour la section pieds/poings :
lasectionpiedspoings@gmail.com

