



**A.W.A.M.**

Demande

D’AFFILIATION  
DE RENOUELEMENT  
DE DUPLICATA

Discipline : .....  
Club : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
Email : .....  
Sexe : .....

Pour les mineurs Nom et prénom responsable : .....

Coller une vignette de mutuelle (obligatoire)

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  
Pour accord, signature,

**Déclaration du Médecin**

Apte

A pratiquer le : .....

Inapte

Cachet du Médecin

Date & Signature du Médecin

**RESERVE A L’A.W.A.M.**

Licence valable de : .....

Cachet Fédéral

Jusqu’au : .....

N° de Licence : .....