

LIGUE FRANCOPHONE DE KARATE ASBL

Club : _____ N° : _____

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date naissance : _____ M F
 Profession : _____
 Nationalité : _____
 Adresse : _____

Case réservée **30 €**
 Licence : _____
 Validité : _____



Déclaration du Médecin.

Apte à pratiquer un art martial

Date/Signature _____ Cachet médecin _____

N° licence + date validité année précédente :

LIGUE FRANCOPHONE DE KARATE ASBL

Club : _____ N° : _____

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date naissance : _____ M F
 Profession : _____
 Nationalité : _____
 Adresse : _____

Case réservée **30 €**
 Licence : _____
 Validité : _____



Déclaration du Médecin.

Apte à pratiquer un art martial

Date/Signature _____ Cachet médecin _____

N° licence + date validité année précédente :

LIGUE FRANCOPHONE DE KARATE ASBL

Club : _____ N° : _____

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date naissance : _____ M F
 Profession : _____
 Nationalité : _____
 Adresse : _____

Case réservée **30 €**
 Licence : _____
 Validité : _____



Déclaration du Médecin.

Apte à pratiquer un art martial

Date/Signature _____ Cachet médecin _____

N° licence + date validité année précédente :

LIGUE FRANCOPHONE DE KARATE ASBL

Club : _____ N° : _____

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date naissance : _____ M F
 Profession : _____
 Nationalité : _____
 Adresse : _____

Case réservée **30 €**
 Licence : _____
 Validité : _____



Déclaration du Médecin.

Apte à pratiquer un art martial

Date/Signature _____ Cachet médecin _____

N° licence + date validité année précédente :
