

Cadre réservé à la F.F.P.B.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Enregistrée le :

La licence et la couverture assurance ne prendront effet qu'à la date d'enregistrement à la F.F.P.B.

DEMANDE DE LICENCE INDIVIDUELLE

REMISE PAR :

A REMPLIR EN MAJUSCULES

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Jour Mois Année

Adresse

Code Postal Ville

Établie le :

Signature du demandeur :
(ou de l'un des parents pour un mineur)

Cocher la case correspondante :

Amateur.....
Féminine.....
Elite Pro.....
Professionnel.....

1
2
3
4

Contrôle médical obligatoire
(Médecin ou centre)

La demande de licence, après avoir été remplie et signée, doit être retournée au siège de la F.F.P.B.

Cadre réservé à la F.F.P.B.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Enregistrée le :

La licence et la couverture assurance ne prendront effet qu'à la date d'enregistrement à la F.F.P.B.

DEMANDE DE LICENCE INDIVIDUELLE

REMISE PAR :

A REMPLIR EN MAJUSCULES

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Jour Mois Année

Adresse

Code Postal Ville

Établie le :

Signature du demandeur :
(ou de l'un des parents pour un mineur)

Cocher la case correspondante :

Amateur.....
Féminine.....
Elite Pro.....
Professionnel.....

1
2
3
4

Contrôle médical obligatoire
(Médecin ou centre)

La demande de licence, après avoir été remplie et signée, doit être retournée au siège de la F.F.P.B.