

DEMANDE DE LICENCE

☒ ASSOCIATION

☐ INDIVIDUELLE

☒ A cocher

Cadre réservé à la FFPB

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--

		-				-			
--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

Enregistré le :

Demande à remplir en lettres majuscules et à retourner au siège de la FFPB, complétée et signée.

NOM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRÉNOM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance

Jour

--	--

Mois

--	--

Année

--	--	--	--

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

ADRESSE POSTALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CODE POSTAL

--	--	--	--	--

VILLE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

🔄 A compléter **uniquement** si demande de LICENCE ASSOCIATION

COMITÉ

ASSOCIATION **BIARRITZTARRAK**

VISA du PRÉSIDENT de l'ASSOCIATION



CONTROLE MEDICAL OBLIGATOIRE (licence association ou individuelle) par :

.....
(Médecin ou centre médical, pas nécessaire pour dirigeant non pratiquant)

🔄 A compléter par le DEMANDEUR de LICENCE

✉ E-mail

☎ Téléphone

le

Signature du demandeur



☒ Cocher la case correspondante :

FEMME

HOMME

DIRIGEANT PRATIQUANT

DIRIGEANT NON PRATIQUANT

☐☐☐☐