



A.B.F.T.

ASSOCIATION BELGE FRANCOPHONE DE TAEKWONDO A.S.B.L.
RECONNUE PAR L'ADEPS

Siège et Secrétariat : Rue Beeckman 53 – 1180 Bruxelles

Tél : 02/347.34.77 – Fax : 02/347.75.31

E-mail : secretariat@abft.be Site web : www.abft.be

2018

A REMPLIR COMPLETEMENT ET LISIBLEMENT

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} Affiliation |
| <input type="checkbox"/> Ré affiliation |
| <u>Licence n°</u> |

Procédure à suivre :

- Remplissez ce document sans rature et collez-y une vignette de mutuelle. N'oubliez pas de signer le document (par le tuteur légal dans le cas d'un mineur d'âge).
- Faites signer ce document par le médecin et donnez l'original au responsable de votre club.
- Payez vos frais d'affiliation à votre club (35€). Ce montant **vous assure en cas d'accident** survenu pendant la pratique du Hapkido et vous donne la possibilité de participer aux activités **de l'ABFT** (stages, formations, compétitions, examens, séminaire, ...), en respectant les conditions d'accès.

Important : En retour de ce document et du paiement des 35€ **vous recevrez** de la fédération, via votre moniteur, **un carnet de licence** (la première année) **et une carte d'assurance valable pour l'année en cours**. Cette carte est à renouveler tous les ans au 1^{er} janvier en suivant la même procédure. Elle est la seule preuve de votre assurance. **Si vous ne recevez pas votre carnet dans un délai d'un mois**, n'hésitez pas à contacter la fédération par mail ou par téléphone.

Club : N°

DEMANDE DE LICENCE – ASSURANCE

Nom : Prénom : Sexe(MouF):

Né le : / / Lieu : Nationalité

Adresse :

Téléphone : GSM

E-mail : @

Apposer une vignette de Mutuelle

Nom, prénom et numéro de tél. d'un parent ou tuteur pour les mineurs d'âges

Nom : **Prénom :** **Tél :**

Dans le cadre de projets publicitaires (site Internet, dossiers sponsoring, ...), l'ABFT ASBL se réserve le droit d'utiliser l'image de ses membres (photos, vidéos, ...). Dans le respect de la loi belge du 30 juin 1994 sur la protection du droit à l'image, l'autorisation du membre majeur ou de celle des parents ou de la personne investie de l'autorité parentale si le membre est mineur, est considérée comme acquise si aucune opposition n'est formulée par écrit. En cas de refus, veuillez l'indiquer clairement ci-après.

..... Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'assurances générales et complémentaires ainsi que du règlement d'ordre intérieur et des statuts de l'A.B.F.T. et m'y conformer. Ces documents sont disponibles auprès du responsable du club et sur le site Internet (www.abft.be)

Signature pour accord : l'affilié ou le responsable pour les mineurs d'âge

PARTIE A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN

Je soussigné docteur en médecine, déclare que la personne dénommée ci-dessus est reconnue apte à

La pratique du HAPKIDO
Date, Cachet, Signature

PARTIE A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN

Je soussigné docteur en médecine, déclare que la personne dénommée ci-dessus est reconnue apte à

La compétition de HAPKIDO
Date, Cachet, Signature