



# LFKBMO

Club : \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance :        /        /

Rue : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

C.P : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

## Aptitude Médicale

Le médecin certifie que la personne ci-dessous est :

- Apte à la pratique sportive
- Apte à la compétition sportive
- Inapte à la pratique sportive

Date :        /        /

**Signature & cachet du médecin obligatoire !**

**Nouvelle licence**

**Demande de carnet**

Uniquement pour les compétiteurs, photo obligatoire

**Renouvellement**

N° de Licence :        VK \_\_\_\_\_

**N.B. : Pour nouvelle licence le 1<sup>er</sup> Combat autorisé après**

- **6 mois pour les -16 ans**
- **3 mois pour les + 16 ans**

**Photo**

**VIGNETTE MUTUELLE**

Pour les mineurs d'âge signature obligatoire d'un parent !

**Nom (Parent ou responsable légal) :**

**Signature**

