



Seule fédération reconnue par la Ministère de la Communauté française et le Centre Mondial de Tokyo. Affiliée au Belgian Aïkikai. Membre de la Fédération Internationale d'Aïkido, de l'AISF et du Comité Olympique et Interfédéral belge.

Siège : Place Marcel Broodthaers 8 bte 5 à 1060 Bruxelles
Téléphone : +32 (0)2 537 47 62
Url : www.aikido.be E-mail : afa@aikido.be
Numéro BCE : 0419.398.108

- FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE FEDERALE -

1/2

A remplir en lettres MAJUSCULES et copie à conserver.

Club affilié :

Club N° :

Coordonnées du/ de la pratiquant-e concerné-e par la présente demande

Nom : Prénom :

Licence N° :

Adresse postale : N° : Bte :

Code postal : Ville : Pays :

Date de naissance : Sexe* : M F (*Biffer mentions inutiles)

Téléphone: + E-mail : @

Grade/ brevet

Grade actuel : Kyu / Dan National * / Dan Aïkikai ** Brevet Adeps** :

* Nom de la fédération si autre que AFA :

** Joindre une copie du passeport Aïkikai / du brevet Adeps.

Informations concernant la pratique sportive

Date du début de la pratique : / /

Date de la dernière échéance de la licence : / /

Période d'interruption de la pratique : Du / / au / /

Date de transfert : / / du club affilié N° :

Signature d'un responsable du club d'origine

Coût de la cotisation fédérale

- Le/la pratiquant-e a moins de 14 ans et paie la somme de 30,00 EUR au club.
- Le/la pratiquant-e a plus de 14 ans et paie la somme de 35,00 EUR au club.
- Le/la pratiquant-e demande un duplicata de sa licence et paie la somme de 2,50 EUR au club.
- Le/la pratiquant-e demande un timbre *Yudansha* * et paie la somme de 12,00 EUR au club.

* Le timbre pour les *Yudansha* est une cotisation annuelle au Hombu Dojo Tokyo (non obligatoire en Belgique).

Date du virement bancaire du club vers le compte de l'AFA : / /

Documents à joindre

- Une photographie récente et de bonne qualité.
- Une attestation médicale ou certificat médical qui confirme l'aptitude à pratiquer l'Aïkido* (**obligatoire**)

* Le formulaire peut être complété par le médecin ci-dessous.

Photo
pour la carte
de licence

Je soussigné-e, docteur en médecine, déclare avoir examiné la personne précitée et confirme que celle-ci est apte à pratiquer l'Aïkido.

Date de la visite médicale : / /

Cachet et signature du médecin :

Vous souhaitez vous affilier ou renouveler votre affiliation auprès l'AFA pour profiter des services qu'elle peut offrir en sa qualité de seule fédération d'Aïkido reconnue par la Communauté française de Belgique. Pour procéder à votre inscription ou à son renouvellement, l'AFA devra procéder à un traitement de données à caractère personnel vous concernant au sens du règlement 2016/679. L'AFA accorde une importance particulière au respect de votre vie privée et à la protection de vos données. Si vous souhaitez en savoir plus sur notre politique en matière de protection de la vie privée, consultez notre politique en matière de vie privée (www.aikido.be) ou contactez-nous à afa@aikido.be

Déclarations du/de la pratiquant-e ou de son représentant légal

- Je comprends que l'AFA traite certaines de mes données dans le cadre de la souscription à une assurance de responsabilité civile rendue obligatoire par le décret du 8 décembre 2006 visant l'organisation et le subventionnement du sport en communauté française.
- Je remets à l'AFA l'attestation ou le certificat médical qui confirme l'aptitude à pratiquer l'Aïkido. Cette attestation est remise dans le cadre de l'obligation imposée par le Décret sport Décret du 3 avril 2014 relatif à la prévention des risques pour la santé dans le sport.
- J'ai pris connaissance de la politique de l'AFA en matière de protection de la vie privée en ce compris mon droit à accéder à mes données, à les faire rectifier, à les faire supprimer.
- Je déclare que les informations communiquées sont exactes, complètes et sincères. Je m'engage à contacter l'AFA pour mettre à jour ces données au besoin, en ce compris pour mettre à jour mon portrait.

Coordonnées d'un représentant légal du/ de la mineur pratiquant-e concerné-e par la présente

Nom : Prénom :

Adresse postale : N° : Bte :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone: +

0			
---	--	--	--

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

 E-mail :@.....

→ J'autorise, en agissant comme représentant légal d'un-e mineur-e, le professeur principal du dojo (ou, en son absence, son assistant-e le/la plus âgé-e) à assister ledit/ladite mineur-e pendant tout contrôle anti-dopage éventuel qui pourrait le/la concerner.

Signatures :

.....
Demandeur-euse
(ou représentant légal du/ de la mineur-e)

.....
Responsable du club

