

MEMO pour compléter ce document



A.B.F.T Association Belge Francophone de Taekwondo (A.S.B.L) Reconnu par l'ADEPS Membre de la Belgian Taekwondo Federation

Ce document est à remplir complètement, lisiblement et est à remettre chaque année

- 1^{ère} affiliation
 Ré-affiliation

Licence n° :
.....

Aide pour compléter ce document :

Procédure à suivre :

- Remplissez ce document sans rature et collez-y une vignette de mutuelle.
- Signez le document (par le tuteur légal dans le cas d'un mineur d'âge).
- Faites signer ce document par le médecin :
 - o S'il s'agit d'une première affiliation à la fédération (nouveau membre)
 - o Si vous êtes porteur d'une licence GAL ou vous souhaitez en faire la demande
 - o Si vous avez arrêté de pratiquer le Taekwondo pendant un an ou plus (non-affiliation l'année précédente)
 - o Si votre état de santé a changé depuis votre dernière affiliation
- Remettez ce document 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 Taekwondo et vous donne la possibilité de participer aux activités de l'A.B.F.T. (stages, formations, compétitions, examens, etc.) en respectant les conditions d'accès.



A compléter par "L'Académie"



A compléter par vous

Important : en retour de ce document et du paiement de 35€, vous recevrez de la fédération un carnet de licence (la première année) et une carte d'assurance valable pour l'année en cours. Cette carte doit être renouvelée tous les ans et est la seule preuve de votre assurance. Si vous ne recevez pas votre carte dans un délai d'un mois, n'hésitez pas à contacter la fédération.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'ABFT pour permettre l'inscription à une des activités de l'ABFT/la commande d'un diplôme. Elles seront conservées durant toute la durée de votre adhésion à l'association et sont destinées à l'ABFT Rue Beekman 53 à 1180 Bruxelles. Conformément au règlement européen sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier, supprimer ou vous opposer à leur traitement en contactant secretariat@abft.be; vous pouvez également faire valoir votre droit à la portabilité des données que vous avez fournies dans ce formulaire en contactant secretariat@abft.be.

Nom du club : Numéro :

DEMANDE DE LICENCE/ASSURANCE

Nom : Prénom : Sexe (M/F) :
Date de naissance :/...../..... Nationalité :
Adresse :
Téléphone : GSM :
Adresse e-mail :

VIGNETTE DE MUTUELLE

Nom, prénom et numéro de téléphone d'un parent ou d'un tuteur (pour les mineurs d'âge) :

Nom : Seulement si mineurs d'âge Prénom : Seulement si mineurs d'âge Téléphone : Seulement si mineurs d'âge

Dans le cadre de projets publicitaires (site internet, dossiers sponsoring, etc.), 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 :

..... Seulement si vous refusez que des photos et vidéos de vous ou votre enfant soient diffusées

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 de l'affilié ou du responsable pour le mineur d'âge Signature obligatoire pour tous!

Date de l'affiliation ou de la ré-affiliation (obligatoire) :

(il s'agit de la date à laquelle le membre remplit le formulaire d'affiliation et non la date de la 1^{ère} affiliation)

Partie à faire remplir par le médecin

Je soussigné, docteur en médecine, déclare que la personne dénommée ci-dessus ne présente pas de contre-indication à la pratique du Taekwondo

Date, cachet et signature du médecin

Cachet de votre médecin (obligatoire)