

## DEMANDE DE LICENCE SAISON 2018/2019

- NOUVELLE LICENCE  RENOUELEMENT
- ENFANT 26 euros  ADULTE 36 euros  DIRIGEANT 56 euros  
dont part assurance : 1.25 € dont part assurance : 0.75 € dont part assurance : 11.12 €

NOM DU CLUB :  NUMERO DE LICENCE :

NUMERO D'AFFILIATION :  GROUPE AIKIDO :  AIKIKAI  G.H.A.A.N.  D.I.R.A.F.  AUTRE : .....

BUDOS AFFINITAIRES : .....

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Sexe :  M  F  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Tél : ..... Courriel : .....@.....

GRADE ACTUEL : ..... DATE D'OBTENTION : |\_|\_|\_|\_|  
DATE D'OBTENTION DES GRADES DAN NATIONAUX : |\_|\_|\_|\_|  
1er DAN le |\_|\_|\_|\_|  
2<sup>ème</sup> DAN le |\_|\_|\_|\_|  
3<sup>ème</sup> DAN le |\_|\_|\_|\_|  
4<sup>ème</sup> DAN le |\_|\_|\_|\_|  
5<sup>ème</sup> DAN le |\_|\_|\_|\_|

DATE D'OBTENTION  
DES GRADES DAN AIKIKAI :  
1er DAN le |\_|\_|\_|\_|  
2<sup>ème</sup> DAN le |\_|\_|\_|\_|  
3<sup>ème</sup> DAN le |\_|\_|\_|\_|  
4<sup>ème</sup> DAN le |\_|\_|\_|\_|  
5<sup>ème</sup> DAN le |\_|\_|\_|\_|

Pour les ENSEIGNANTS :  
BF N° : ..... DATE : .....  
BE1 N° : ..... DATE : .....  
BE2 N° : ..... DATE : .....  
CQP N° : ..... DATE : .....  
DEJEPS N° : ..... DATE : .....  
FONCTION :  
 Président de Club  Président Départemental  
 AUTRE (préciser) : .....

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

- Pour les nouveaux licenciés : je fournis un certificat médical datant de moins d'un 1 an.
- Pour les renouvellements : je certifie avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01.  
(Je suis informé que la responsabilité de la F.F.A.B. et de ses organes déconcentrés ne peut être recherchée en cas d'erreur lors du renseignement de ce questionnaire).
- J'ai répondu par la négative à toutes les questions figurant sur le questionnaire. Dans ce cas je n'ai pas à fournir de certificat médical.
- J'ai répondu positivement à au moins une question figurant sur le questionnaire. Dans ce cas je fournis un certificat médical.
- J'atteste avoir pris connaissance de la notice d'assurance et adhérer simultanément au contrat collectif d'assurance souscrit auprès de ALLIANZ et à la licence F.F.A.B.
- J'ai été informé de l'intérêt de souscrire les garanties complémentaires optionnelles, accidents corporels.
- Je déclare avoir pris connaissance et adhère à l'ensemble des textes régissant le fonctionnement de la Fédération Française d'Aikido et de Budo, (FFAB) et de ses organismes.
- J'autorise la Fédération à recueillir les informations du formulaire pour la gestion du fichier des licenciés. Elles sont conservées et sont destinées à l'usage de la Fédération, de ses organes territoriaux, du club dans lequel je suis licencié(e) ainsi que les partenaires institutionnels de la Fédération (ex : Ministère des sports). Conformément à la loi, je peux exercer mon droit d'accès aux données me concernant et les faire rectifier ou supprimer en contactant la Fédération par mail et/ou par courrier.

DATE et SIGNATURE DU LICENCIÉ  
ou du REPRESENTANT LEGAL