



Formulaire de demande de licence ou de renouvellement de licence

FÉDÉRATION BELGE FRANCOPHONE DE PATINAGE

A.S.B.L. reconnue par le C.O.I.B., l'A.D.E.P.S. et la F.B.R.S.

Président : Joël Ogunade

Site web : www.fedepatinage.be

Siège social et bureau : Place Marcel Broodthaers 8, boîte 5 – 1060 Bruxelles

Secrétariat : secretariat@fedepatinage.be

N° d'entr. : 0418.389.011 | Contrat d'ass. Ethias n° 45.046.464

Discipline : Inline Hockey Artistique Roller Derby Roller Soccer Loisir Course Freestyle Skateboard Autres ⁽¹⁾

Catégorie de licence ⁽²⁾	Patineur + 12 ans	Patineur - 12 ans	Joueur Derby + 12 ans	Joueur Derby - 12 ans	Moniteur ADEPS	Arbitre / Juge	Non-patineur
	A <input type="checkbox"/>	A- <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B- <input type="checkbox"/>	C/A <input type="checkbox"/> C/B <input type="checkbox"/>	D/A <input type="checkbox"/> D/B <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>

Nom, adresse et visa du club

Date de la demande :

Club : **Rouliroula**

Siège social : **Clos du Parnasse 12D – 1050 Bruxelles**

Prénom, nom et qualité du responsable : **Valentin Didriche, administrateur**

Accepte l'affiliation du demandeur ci-dessous nommé. Pour accord, signature :

INFORMATION CONCERNANT LE DEMANDEUR

N° de licence lors
du renouvellement :

(Name & Firstname)
Nom et prénom : M / F ⁽³⁾

(Street)
Adresse : No : (Box)
Boîte :

(ZipCode) (City) (Country)
Code postal : Ville : Pays :

(Phone) (Email)
Téléphone : Courriel :

(Date and place of birth) (Nationality)
Date et lieu de naissance : Nationalité :

Le demandeur ou son représentant légal déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement d'ordre intérieur de la F.B.F.P.
Le demandeur ou son représentant légal autorise les représentants officiels à prendre toute décision utile en cas d'urgence.
Le demandeur ou son représentant légal autorise / n'autorise pas ⁽³⁾ la publication de photos sportives dans les magazines, média et site internet.

Nom, prénom et signature du demandeur majeur, du parent ou du représentant légal :

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné,
docteur en médecine, certifie avoir examiné
.....
et déclare qu' il / elle ⁽⁴⁾ ne présente pas de contre-indication médicale
apparente à la pratique du roller en compétition.

Date, signature et cachet du médecin :

Formulaire à renvoyer, accompagné d'une photo d'identité récente⁽⁴⁾, au secrétariat du club
Rouliroula : Secrétariat Rouliroula, Avenue du Bois Soleil 55, 1950 Kraainem
Effectuer le paiement sur le compte Belfius BE29 0689 4464 7964 / BIC: GKCCBEBB, à
l'ordre de "Rouliroula asbl" avec la communication suivante : NOM Prénom + "Adhésion 2023"
150 € pour l'abonnement Rouliroula comprenant la licence de la F.B.F.P. (35€ si prise seule)
Contact : info@rouliroula.be

⁽¹⁾ Sélectionner une seule discipline
⁽²⁾ Sélectionner au moins une catégorie
⁽³⁾ Biffer la mention inutile

⁽⁴⁾ Photo prise sur fond clair au format de 36x47 mm. La photo peut être envoyée au format jpeg par courriel à inscription@rouliroula.be, en précisant vos nom et prénom.

