



AIKIKAI DE FRANCE

FÉDÉRATION
FRANÇAISE
D'AIKIDO ET
DE BUDO

PLACE DES ALLÉES - B3149 BRAS
TÉL. 04 98 05 22 28 - FAX 04 94 69 97 76
INTERNET HTTP://WWW.FFABAIKIDO.FR
ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE



FORMULAIRE DE PREMIERE ADHESION DEMANDE DE LICENCE EN LIGNE

N° AFFILIATION CLUB NOM DU CLUB

REEMPLIR EN LETTRES CAPITALES GROUPE : AIKIKAI F. GHAAN DIRAF KYUDO AUTRES

NOM Prénom

Sexe M F Date de naissance

Profession Email

Adresse

Code postal Ville Participe au cours SENIOR

Téléphone

LICENCE : ADULTE 36 € ENFANT 26 € DIRIGEANT 56 €
dont part assurance : 1,25 € dont part assurance : 0,75 € dont part assurance : 11,12 €

GRADE ACTUEL <input type="checkbox"/>	DATE D'OBTENTION <input type="text"/>
DATE D'OBTENTION DES GRADES DAN NATIONAUX	
1 ^{er} DAN le	<input type="text"/>
2 ^{ème} DAN le	<input type="text"/>
3 ^{ème} DAN le	<input type="text"/>
4 ^{ème} DAN le	<input type="text"/>
5 ^{ème} DAN le	<input type="text"/>

DATE D'OBTENTION DES GRADES DAN AIKIKAI	
1 ^{er} DAN le	<input type="text"/>
2 ^{ème} DAN le	<input type="text"/>
3 ^{ème} DAN le	<input type="text"/>
4 ^{ème} DAN le	<input type="text"/>
5 ^{ème} DAN le	<input type="text"/>

Pour les ENSEIGNANTS			
BF N°.....	Date.....	CQP N°.....	Date.....
BE1 N°.....	Date.....	DEJEPS N°.....	Date.....
BE2 N°.....	Date.....		
FONCTION :			
<input type="checkbox"/> Président de club		<input type="checkbox"/> Président Départemental	
<input type="checkbox"/> AUTRE (préciser) :			

- Je déclare avoir fourni un certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'Aïkido.
- Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information sur l'assurance fédérale dont je bénéficierai en tant qu'adhérent-licencié ainsi que des formules de garanties complémentaires.

DATE ET SIGNATURE

**La notice d'information sur les assurances figure dans le document ci-joint.
Elle est à remettre à chaque licencié avant signature.**