

60, Avenue Dubrocq - BP 816
 64108 BAYONNE CEDEX
 ☎ 05 59 59 22 34 Fax 05 59 25 49 82
 E-mail licence@ffpb.net
 🌐 www.ffpb.net



DEMANDE DE LICENCE ASSOCIATION

INDIVIDUELLE

A cocher

Cadre réservé à la FFPB

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

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

Enregistré le :

Demande à remplir en lettres majuscules et à retourner au siège de la FFPB, complétée et signée.

NOM

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

PRÉNOM

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

Date de naissance

Jour

--	--

Mois

--	--

Année

--	--	--	--

*La licence et la **couverture assurance** ne prendront effet qu'à la date d'enregistrement à la FFPB.*

ADRESSE POSTALE

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

CODE POSTAL

--	--	--	--	--

VILLE

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

➡ A compléter **uniquement** si demande de LICENCE ASSOCIATION

➡ A compléter par le DEMANDEUR de LICENCE

COMITÉ

ASSOCIATION

VISA du PRÉSIDENT de l'ASSOCIATION



CONTROLE MEDICAL OBLIGATOIRE (licence association ou individuelle) par :

.....

(Médecin ou centre médical, pas nécessaire pour dirigeant non pratiquant)

📧 E-mail

☎ Téléphone

le

Cocher la case correspondante :

Signature du demandeur



FEMME

HOMME

DIRIGEANT PRATIQUANT

DIRIGEANT NON PRATIQUANT