



K. S. F. L. a. s. b. l. - R. C. S. Luxembourg F7696
Kampf Sport Federatioun Lëtzebuerg
Siège social: 51, bd de Verdun, L-2670 Luxembourg
Tel: 691 69 19 78 (Marc THILL, président)
Email: ksfl@ksfl.lu
Site internet: www.ksfl.lu
Compte bancaire: BILLULL, LU31 0020 1906 4504 9200

DEMANDE DE LICENCE

A remplir en lettres majuscules svp

Par la présente je soussigné(e),

Nom _____ prénoms _____

Numéro, rue _____, _____

Code Postal: _____ Ville _____

Date de naissance: _____ nationalité _____

Club: _____

Tel: _____, email: _____

Profession _____

Taille: _____ Poids de combat approximatif _____ kg

Première licence: OUI NON

demande une licence auprès de la KSFL pour la saison **2010/2011**.

Je joins:

Le certificat médical (voir verso)

2 photos d'identité (45x35 mm) **ou** passeport KSFL existant

Date et signature _____

Et signature d'un parent pour un athlète mineur.

La présente est à renouveler pour chaque saison (début 15 septembre) et le délai de renouvellement est d'un mois (15 octobre). La licence est **obligatoire** après trois mois d'entraînement. **Passé ces délais aucun athlète non licencié n'est admis aux entraînements.**

Au cas où un sportif, passé ces délais ne serait pas en possession d'une licence valable, la fédération peut exiger le paiement d'une amende du sportif et/ou du club et/ou refuser le combattant lors de championnats ou galas.

La présente est à remettre à l'entraîneur du club respectif.



K. S. F. L. a. s. b. l. - R. C. S. Luxembourg F7696

Kampf Sport Federatioun Lëtzebuerg

Siège social: 51, bd de Verdun, L-2670 Luxembourg

Tel: 691 69 19 78 (Marc THILL, président)

Email: ksfl@ksfl.lu

Site internet: www.ksfl.lu

Compte bancaire: BILLULL, LU31 0020 1906 4504 9200

CERTIFICAT MEDICAL

Par la présente je soussigné(e) _____, docteur en médecine, exerçant à _____ certifie avoir examiné M./Mme/Mlle _____, né(e) le _____ en date du _____ et le/la déclare apte à exercer un sport de combat de percussion, de préhension ou de percussion-préhension, ceci tant à l'entraînement que lors de compétitions.

A la demande expresse de mon patient, qui m'a demandé de divulguer ces informations, je certifie également avoir fait procéder à des tests HIV/SIDA et d'hépatite au cours des trois derniers mois, que les résultats ont été négatifs et que l'athlète en question n'a à ma connaissance aucune maladie grave qui pourrait être transmise lors de la pratique de sports de combat. (N'est pas exigé, néanmoins conseillé, pour les enfants de moins de 12 ans, à biffer le cas échéant)

Signature et cachet _____

Associations membres:

Fight Team Impact (Luxembourg)

Full Contact Club Dudelange

Jeet Kune Do Luxembourg (Differdange)

Kick-Thai Boxing Club De Sandsak (Luxembourg)

Prachao Muay Thai Luxembourg (Luxembourg)

Rubino-Gym (Nieder Korn)

Sichuan Muay Thai Gym Wiltz

T. B. A. of Luxembourg (Luxembourg)