



# HARDOYTARRAK PELOTE BASQUE

88, rue de Hardoy  
64600 Anglet

Tél. 05 59 31 09 70  
Mél. hardoytarrak@orange.fr  
Web : www.hardoytarrak.com

agrément jeunesse et sport N° 01S35

## FICHE D'INSCRIPTION 2018 /2019

Nom - Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_

Tél. fixe \_\_\_\_\_ Tél. mobile 1 \_\_\_\_\_

Tél. mobile 2/3 \_\_\_\_\_

Mél. 1/2 \_\_\_\_\_

Montant de l'adhésion \_\_\_\_\_ € Date de l'adhésion \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20

Chèque N° \_\_\_\_\_ Banque \_\_\_\_\_

Règlement en espèces **Oui / Non \*** Nom du médecin traitant \*\* \_\_\_\_\_

Je soussigné, autorise la prise de vue et la publication de l'image sur laquelle j'apparais sur tous supports papier ou numérique (plaquette, site Internet...), sans limite de temps **Oui / Non \***

Signature du demandeur (ou de l'un des parents pour les mineurs) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Cadre réservé à l'association



B.P. 816 - 60, Avenue Dubrocq  
64108 BAYONNE CEDEX  
Tél. : 05 59 59 22 34 – Fax : 05 59 25 49 82  
E-mail : ffpb@orange.fr  
www.ffpb.net

### DEMANDE DE LICENCE ASSOCIATION

Ligue : .....

Société : .....

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Jour   Mois   Année

Adresse

Code Postal  Ville

Contrôle médical : .....  
(Médecin ou centre) – (pas nécessaire pour dirigeant non pratiquant)

Signature du demandeur :  
(ou de l'un des parents pour un mineur)

Visa du Président de la Société

Le : .....

Cadre réservé à la F.F.P.B.					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enregistré le :					
Demande à remplir en lettres majuscules pour toute nouvelle licence et à retourner au siège de la F.F.P.B. complétée et signée					

La licence et la couverture assurance ne prendront effet qu'à la date d'enregistrement à la F.F.P.B.

#### Cocher la case correspondante :

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| Amateur.....                  | 1 |
| Féminine.....                 | 2 |
| Dirigeant pratiquant.....     | 3 |
| Dirigeant non pratiquant..... | 4 |

**\* rayer la mention inutile \*\* Merci de bien vouloir fournir un certificat médical**