



**A.W-B.B.**

Avenue P.H. Spaak 27/boîte 17  
1060 Bruxelles  
Tel. 02/521.48.79  
Fax. 02/522.18.15

Membre n°



**Réservé à la fédération**

**Exemplaire à renvoyer à la Fédération**

**à remplir en MAJUSCULES**

Nom

Prénom

Adresse mail *parents pour les mineurs*

N° GSM ou tél *mère et père pour les mineurs*  
M.  P.

Rue

Numéro

Boîte

Code postal

Commune

Pays de naissance

Lieu de naissance

Date de naissance

**N° de registre National**

Sexe  
 Fem  
 Masc

Nationalité

Enregistrement :  
 Non-joueur  
 Joueur  
 Coach  
 Arbitre

Code assurance :  
A   
B   
C   
D

PHOTO FORMAT  
IDENTITE  
  
± 3,5 cm X 4,5 cm  
Ou par mail une photo de  
face au format jpeg

Nom + signature du membre

Nom + signature du  
représentant légal

Noms + signatures des  
membres REBOND OTTIGNIES  
1704

A  
F  
F  
I  
L  
I  
A  
T  
I  
O  
N