



# Ligue francophone belge de badminton

Club \_\_\_\_\_

Matricule \_\_\_\_\_

**Veuillez compléter ce formulaire en majuscules afin d'éviter les erreurs**

N° de membre 300  Compétiteur\*  Récréant\*  Réaffiliation après interruption\*

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Conjoint( e ) \_\_\_\_\_

Sexe M / F\* Date nais. 

Jour	Mois	Année
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nationalité mention obligatoire

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

E-Mail\* \_\_\_\_\_

GSM \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N°                      Bte                      C.Postal                     

Commune \_\_\_\_\_

**Pour le/la mineur(e) d'âge uniquement** (- 18 ans)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

du représentant légal (père, mère, tuteur) autorisant la personne susmentionnée à s'affilier à la LFBB

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_



# Ligue francophone belge de badminton

Club \_\_\_\_\_

Matricule \_\_\_\_\_

**Veuillez compléter ce formulaire en majuscules afin d'éviter les erreurs**

N° de membre 300  Compétiteur\*  Récréant\*  Réaffiliation après interruption\*

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Conjoint( e ) \_\_\_\_\_

Sexe M / F\* Date nais. 

Jour	Mois	Année
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nationalité mention obligatoire

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

E-Mail\* \_\_\_\_\_

GSM \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N°                      Bte                      C.Postal                     

Commune \_\_\_\_\_

**Pour le/la mineur(e) d'âge uniquement** (- 18 ans)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

du représentant légal (père, mère, tuteur) autorisant la personne susmentionnée à s'affilier à la LFBB

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_