



**International Taekwon-Do Federation-Vlaanderen vzw
(ITF-VL vzw)**

APPLICATION FORM - FORMULAIRE MEDICAL

<i>Ev.Photo</i>	<i>Sticker social security - mutuelle</i>
Nom & Prénom :	Sexe : Homme / Femme
Adresse:	Date de naissance :
Code Postal:	Place et Pays :
Place :	Nationalité:
Téléphone à contacter :	Il est dans la possibilité pour physiquement de participer sportivement / Taekwon-do: - Recreation: Oui / Non - Competition: Oui / Non
Person à contacter :	
E-mail:	
Date, signature et cachet Médecin	Remarques :
 Signature (soit les parents en cas de mineur -18)

Avec la signature de ce formulaire je suis d'accord avec le traitement de mes données dans le cadre de mon affiliation chez le club et la fédération, ainsi que pour des raisons d'assurance.

Je suis d'accord de recevoir des bulletins d'information et d'autre info concernant le club et des activités du club et de la fédération.

Je suis au courant que des photos peuvent être publiés sur le site web et/ou Facebook. Si je ne veux pas que les photos sont publiées, je le dois signaler explicitement.