**



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

|  |  |
| --- | --- |
| *Ev.Photo* | *Sticker social security - mutuelle* |

**APPLICATION FORM - FORMULAIRE MEDICAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom &Prénom :  Adresse:  Code Postal:  Place : | Sexe : Homme /Femme  Date de naissance :  Place et Pays :  Nationalité: |
| Téléphone à contacter :    Person à contacter :  E-mail: | Il est dans la possibilité pour physiquement de participer sportivement /Taekwon-do:   * Recreation: Oui /Non * Competition: Oui /Non   Remarques : |
| Date, signature et cachet Médecin | 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 reçevoir des bulletins d'information et d'autre info concernant le club et des activitées du club et de la fédération.*

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