



**BKBMO/WKBMO**

Wallonia Kickboxing Muaythai & MMA Organisation. Asbl



Club : .....N° : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Rue : .....

C.P : .....commune : .....

Tél : .....

E-mail : .....

**Aptitude Médicale**

Le médecin soussigné certifie que la personne ci-dessus est :

- Apte à la pratique sportive
- Apte à la compétition sportive
- Inapte à la pratique sportive

Valable pour toutes les disciplines pratiquées à la BKBMO/WKBMO

nouvelle licence

renouvellement lic. n°

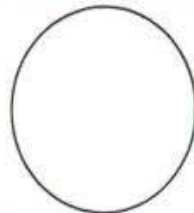


Nom : .....

Signature du titulaire

n° reg.

Licence valable jusqu'au :



**BKBMO/WKBMO**

Wallonia Kickboxing Muaythai & MMA Organisation. Asbl



Club : .....N° : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Rue : .....

C.P : .....commune : .....

Tél : .....

E-mail : .....

**Aptitude Médicale**

Le médecin soussigné certifie que la personne ci-dessus est :

- Apte à la pratique sportive
- Apte à la compétition sportive
- Inapte à la pratique sportive

Valable pour toutes les disciplines pratiquées à la BKBMO/WKBMO

nouvelle licence

renouvellement lic. n°



Nom : .....

Signature du titulaire

n° reg.

Licence valable jusqu'au :

