

**Aanvraag tot Lidmaatschap
Demande d'Affiliation**

Nr. - Naam van de Club
No - Nom du Club

Nr. Lid - Membre

Naam
Nom

Voornaam
Prénom

Geb. datum - Geb. plaats
Date - Lieu naissance

Straat en Nr
Rue et No

Postnr - Gemeente
Code Post. - Commune

Club vorig seizoen
Club saison passée

Aansl. datum
Date affiliation

Telefoon - Téléphone

Nationaliteit - Nationalité

- Speler - Joueur 1
- Bestuur - Comité 2
- Scheidsrechter - Arbitre 3
- Andere - Autres 4

Vr. - Fém.

Man. - Masc.

Handtekening lid Signature membre	Handtekening wettel. vertegenw. Signature parent ou tuteur légal

aanvaardt de statuten en reglementen van de KBIJF.
accepte les statuts et les règlements de la FRBHG.

Kopij KBIJF
Copie FRBHG

MEDISCH GETUIGSCHRIFT - CERTIFICAT MEDICAL

Ondergetekende
Soussigné

Dokter in de geneeskunde te
Docteur en médecine à

heeft vandaag bovengenoemde persoon onderzocht en verklaart deze geschikt voor ijshockey.
a examiné aujourd'hui la personne sus-nommée et la déclare apte à la pratique du hockey sur glace.

Datum
Date

Handtekening en stempel van de dokter
Signature et cachet du médecin

Aanvraag tot Lidmaatschap
Demande d'Affiliation

Nr. - Naam van de Club
No - Nom du Club

Nr. Lid - Membre

Naam Nom	
Voor naam Prénom	
Geb. datum - Geb. plaats Date - Lieu naissance	
Straat en Nr Rue et No	
Postnr - Gemeente Code Post. - Commune	
Club vorig seizoen Club saison passée	

Aansl. datum
Date affiliation

Telefoon - Téléphone
Nationaliteit - Nationalité

- Speler - Joueur 1
- Bestuur - Comité 2
- Scheidsrechter - Arbitre 3
- Andere - Autres 4

Handtekening lid Signature membre	Handtekening wettel. vertegenw. Signature parent ou tuteur légal

Vr. - Fém.
Man. - Masc.

aanvaardt de statuten en reglementen van de KBIJF.
accepte les statuts et les règlements de la FRBHG.

Kopij KBIJF
Copie FRBHG

MEDISCH GETUIGSCHRIFT - CERTIFICAT MEDICAL

Ondergetekende
Soussigné

Dokter in de geneeskunde te
Docteur en médecine à

heeft vandaag bovengenoemde persoon onderzocht en verklaart deze geschikt voor ijshockey.
a examiné aujourd'hui la personne sus-nommée et la déclare apte à la pratique du hockey sur glace.

Datum
Date

Handtekening en stempel van de dokter
Signature et cachet du médecin