

DEMANDE DE LICENCE FFBT OU FFTIR

NOM	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
NUMERO TELEPHONE	
ADRESSE EMAIL	
ADRESSE	
CODE POSTALE	
VILLE	
NATIONALITE	
AVEZ VOUS UNE AUTRE LICENCE	OUI ☐ NON ☐
NOM DE NAISSANCE	
VILLE DE NAISSANCE	
CODE POSTALE NAISSANCE	
PAYS	
CARTE D'IDENTITE RECTO VERSO	
JUSTIFICATIF DE DOMICILE	
CERTIFICAT MEDICAL	
NOUVELLE LICENCE	OUI ☐ NON ☐
RENOUVELATION	OUI ☐ NON ☐

info@ihrag.ch

06 73 09 73 03