



Rue de l'Île Dossai, 12 - 5300 Sclayn
 ☎ 085/27.14.60 – Fax : 085/31.76.95
 E-mail : secretariat@asaf.be
 Site Internet : <http://www.asaf.be>

Formulaire d'Autorisation parentale pour la délivrance d'une licence CAS

Autorisation du représentant légal pour les demandeurs mineurs (- de 18 ans)*

Je soussigné(e),

NOM	<input type="text"/>																													
PRENOM	<input type="text"/>																								SEXE (M/F)	<input type="checkbox"/>				
RUE	<input type="text"/>																								N°	<input type="text"/>	BTE	<input type="text"/>		
PAYS	<input type="text"/>	CODE POSTAL	<input type="text"/>	LOCALITE	<input type="text"/>																									
NE(E) LE	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	NATIONALITE	<input type="text"/>																							
TELEPHONE	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	GSM	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																			
E-MAIL	<input type="text"/>																													

agissant en qualité de représentant légal de

NOM	<input type="text"/>																													
PRENOM	<input type="text"/>																								SEXE (M/F)	<input type="checkbox"/>				
NE(E) LE	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>																									

l'autorise à occuper la fonction de « Commissaire radio stagiaire »

* Je sollicite l'établissement à mon nom d'un Certificat ASAF d'Autorité Parentale – CAP – qui me permettra de représenter le mineur ci-dessus identifié lors des manifestations de la Fédération auxquelles il prendra part.

OUI** NON**

** Biffer la mention inutile

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Fait à le2017

Légalisation de la signature