



Rue de l'île Dossai, 12 – 5300 Sclayn
Tel. : 085/27.14.60 – Fax. : 085/31.76.95
E-mail : secretariat@asaf.be
Site Internet : www.asaf.be

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

Les candidats DOIVENT compléter le formulaire dans son intégralité en MAJUSCULES

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

Je soussigné(e),

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nom : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prénom : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rue : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bte : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pays : | C.P. : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Localité : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Né(e) le : | - | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nationalité : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Téléphone fixe : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GSM : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

agissant en qualité de représentant légal de :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nom : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prénom : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Né(e) le : | - | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nationalité : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Règlement Général pour la Protection des Données, en abrégé R.G.P.D.

- Je sollicite, en même temps que mon certificat, la qualité de membre adhérent de l'asbl ASAF, dont je m'engage à respecter les statuts et le règlement d'ordre intérieur.
- J'autorise l'ASAF, les CSAP et le club à traiter les données reprises ci-dessus, en conformité avec la **déclaration relative à la vie privée** et aux données personnelles de l'ASAF et du club, dont j'ai pris connaissance et auxquelles j'adhère. La déclaration susdite est disponible sur demande et consultable sur le site de l'ASAF : www.asaf.be
- Je reconnais que l'absence de communication des données sollicitées ci-dessus rendra mon affiliation nulle et non avenue.

Attention, il faut cocher les 3 cases pour que ce formulaire soit valide !

Signature du demandeur précédée de la mention « lu et approuvé » :

Fait à, le/...../.....

**Légalisation de la signature
par l'administration communale du domicile de la
personne ayant autorité sur le mineur :**