



# LIGUE FRANCOPHONE DE FOOTBALL EN SALLE asbl

Fédération sportive reconnue par la Fédération Wallonie-Bruxelles et le C.O.I.B.



## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

A remplir en caractères d'imprimerie



### LE CLUB

Nom: [REDACTABLE]

Matricule: [REDACTABLE] Crée en [REDACTABLE] Province: [REDACTABLE]

Adresse: [REDACTABLE] N°: [REDACTABLE]

Code postal: [REDACTABLE] Localité: [REDACTABLE]

Asbl  Association de fait Si asbl, n° d'entreprise: [REDACTABLE]

### LE CORRESPONDANT QUALIFIÉ

Nom: [REDACTABLE] Prénom: [REDACTABLE]

Adresse: [REDACTABLE] N°: [REDACTABLE]

Code postal: [REDACTABLE] Localité: [REDACTABLE]

Adresse e-mail: [REDACTABLE]

### UN MEMBRE ACTIF DU CLUB (À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT SI LE C.Q. EST "NON-ACTIF" - NA sur le listing)

Nom: [REDACTABLE] Prénom: [REDACTABLE]

Adresse: [REDACTABLE] N°: [REDACTABLE]

Code postal: [REDACTABLE] Localité: [REDACTABLE]

Adresse e-mail: [REDACTABLE]

### LA SALLE

Dans quel complexe sportif évolue(nt) l'(les) équipe(s) du club?

[REDACTABLE]

Adresse: [REDACTABLE] N°: [REDACTABLE]

Code postal: [REDACTABLE] Localité: [REDACTABLE]

Y a-t-il un défibrillateur dans le complexe sportif?  OUI  NON

Un membre de votre club a-t-il suivi une formation à son utilisation?  OUI  NON Quelle année? [REDACTABLE]

### UN COACH DIPLOMÉ

Un membre de votre club possède-t-il un brevet de coach délivré par la L.F.F.S. ou l'ADEPS? Si oui, identifiez-le ici.

Nom: [REDACTABLE] Prénom: [REDACTABLE]

Adresse: [REDACTABLE] N°: [REDACTABLE]

Code postal: [REDACTABLE] Localité: [REDACTABLE]

Téléphone: [REDACTABLE] GSM: [REDACTABLE]

Adresse e-mail: [REDACTABLE]

Brevet:  M.S.I.  M.S.Ed.  M.S.E.  Autre - Précisez: [REDACTABLE]

Ce document doit être renvoyé  
au secrétariat provincial de la "Province" auquel  
le club est affecté ou fédéral. Toute déclaration  
incomplète ou erronée peut entraîner  
des poursuites disciplinaires à l'encontre du C.Q.

Certifié exact et sincère,

Date et signature du correspondant qualifié

Mars 2017