



FEDERATION INTERNATIONALE DE VOLLEY-BALL
 CONFEDERATION AFRICAINE DE VOLLEY-BALL

FEDERATION SENEGALAISE DE VOLLEY-BALL

DEMANDE DE LICENCE

LIGUE de _____

Saison 20____20____

N° _____ de réception
 Date _____ à la F.S.V.B

NOM DU CLUB _____
 Adresse _____
 Téléphone _____
 E-mail _____

								Ne rien porter dans cette colonne
N° d'ordre	NOM et PRENOMS (en majuscules)	DATE et lieu de naissance	SEXE	Nationalité	C/L(1)	ADRESSE ET TELEPHONE	E-MAIL	N° D'HOMOLOGATION
1								
2								
3								
4								

								Ne rien porter dans cette colonne
N° d'ordre	NOM et PRENOMS (en majuscules)	DATE et lieu de naissance	SEXE	Nationalité	C/L(1)	ADRESSE ET TELEPHONE	E-MAIL	N° D'HOMOLOGATION
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								

								Ne rien porter dans cette colonne
N° d'ordre	NOM et PRENOMS (en majuscules)	DATE et lieu de naissance	SEXE	Nationalité	C/L(1)	ADRESSE ET TELEPHONE	E-MAIL	N° D'HOMOLOGATION
15								
16								
17								
18								
19								
20								

(1) **C/L** : Catégorie de licence demandée.
Mettre J (Joueur) ou T (Coach)

Le présent formulaire doit être rempli lisiblement par le Club, en trois exemplaires, être adressé à la Ligue Régionale avec le montant des Licences demandées.

Le président

Cachet du Club

Date de la demande _____

Signature du Secrétaire de la Ligue Régionale

Cachet de la Ligue Régionale