|  |  |
| --- | --- |
|  | **Formulaire d’Autorisation parentale pour la délivrance d’une licence CAS** |
| Rue de l’île Dossai, 12 – 5300 Sclayn  Tel. : 085/27.14.60 – Fax. : 085/31.76.95  E-mail : [secretariat@asaf.be](mailto:secretariat@asaf.be)  Site Internet : www.asaf.be |
| ***Les candidats DOIVENT compléter le formulaire dans son intégralité en MAJUSCULES*** | |

***Téléchargez le présent document et imprimez-le. Une fois complété et validé par l’administration communale, introduisez-le, au format PDF, dans l’application informatique lors de la demande de licence.***

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Je soussigné(e), | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom :** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Prénom :** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Sexe :** | | | **H** | **F** |
| **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 :** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Sexe :** | | | **H** | **F** |
| **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 :** |