



LIGUE FRANCOPHONE DE FOOTBALL EN SALLE asbl

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



RENSEIGNEMENTS GENERAUX

A remplir en caractères d'imprimerie



LE CLUB

Nom:

Matricule: Créé en Province:

Adresse: N°:

Code postal: Localité:

☐ Asbl ☐ Association de fait Si asbl, n° d'entreprise:

LE CORRESPONDANT QUALIFIÉ

Nom: Prénom:

Adresse: N°:

Code postal: Localité:

Adresse e-mail:

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

Nom: Prénom:

Adresse: N°:

Code postal: Localité:

Adresse e-mail:

LA SALLE

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

Adresse: N°:

Code postal: Localité:

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?

UN COACH DIPLÔMÉ

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

Nom: Prénom:

Adresse: N°:

Code postal: Localité:

Téléphone: GSM:

Adresse e-mail:

Brevet: ☐ M.S.I. ☐ M.S.Ed. ☐ M.S.E. ☐ Autre - Précisez:

**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