



INSCRIPTION ARBITRAGE



Nom, Prénom :

**Pour ceux ayant déjà rempli cette fiche, merci de noter d'éventuels changements*

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

N° de licence :

Grade :

Style :

Club :

Compétiteur : Oui Catégorie d'âge:

Non

Arbitres Titulaires	Départemental		Nouvelle Région		National
	Date Kumité B	Date Kumité A	Date Kumité B	Date Kumité A	Date Kumité B
	Date Kata B	Date Kata A	Date Kata B	Date Kata A	Date Kata B

Notification des diplômes dans SIKADA : Oui Non

** Mettez la date du titre obtenu*

Ce formulaire, correctement rempli et signé doit être envoyé par mail au responsable de l'arbitrage, avant la première formation :

quentin.descamps33@outlook.fr

AUTORISATION EXPRESSE RELATIVE AU DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) autorise l'équipe dirigeante du Comité départemental de karaté de la Gironde à utiliser mon image à titre gracieux dans le cadre de l'exploitation de son site internet, de Facebook ainsi que Instagram

A

Le

Signature du Candidat