





CONFEDERATION  
AFRICAIN  
DE VOLLEYBALL



**CAVB REGISTRATION FORM**

Formulaire d'inscription aux cours

I REGISTER FOR the seminar held in Egypt

**4th CAVB High Performance Seminar**

FROM: **10 mai 2017**  
du:

TO: **15 mai 2017**  
au:

**PERSONAL DATA / Données personnelles**

**FAMILY NAME:**

Nom:

**NAME:**

Prénom:

**POSITION :**

Position:

**ADDRESS:**

Adresse:

**CITY:**

Ville:

**COUNTRY:**

Pays:

**PHONE:**

Téléphone:

**FAX:**

**E-MAIL:**

SEX:

Sexe:

F

M

D / M / Y

j / m / a

**BIRTHDATE:**

Date de naissance:

**LANGUAGES SPOKEN**

Langues parlées:

**CITIZENSHIP:**

Citoyenneté:

**PLACE:**

Lieu:

**DATE:**

Date:

**PRESIDENT'S SIGNATURE**

Signature du Président

**PLACE:**

Lieu:

**DATE:**

Date:

**SEAL AND SIGNATURE OF PARTICIPANT'S FED.**

Seau et signature de la Fédération du participant