

## ASSURANCE TEMPORAIRE ETRANGER NOTICE D'INFORMATION

L'assurance temporaire étrangère est accessible à toute personne de nationalité étrangère majeure souhaitant combattre en gala privé sans protection céphalique. Conformément à la réglementation en vigueur, un niveau minimum de pratique est exigé.

L'assurance temporaire étrangère est valable durant le temps de la compétition.

Pour vous assurer, merci de renvoyer le document ci-après dûment rempli à FFKMDA, service gala privé, 32-38 rue Malmaison, 93170 Bagnole, accompagné des pièces ci-dessous :

- Un chèque, au nom du club, correspondant au montant de la cotisation:
  - 35 € de licence
  - Copie d'un justificatif d'identité.

En prenant une l'assurance temporaire étrangère vous vous engagez :

A respecter la législation et les règlements généraux de la FFKMDA, notamment les points concernant la lutte contre le dopage dont vous déclarez avoir pris connaissance.

A respecter les règlements sportifs FFKMDA ainsi que ses représentants chargés de les faire appliquer.

A respecter le règlement médical de la FFKMDA notamment les délais de repos physiologique.

En cas de manquement à ces engagements, l'athlète s'expose à des sanctions.

Nom, Prénoms du compétiteur : .....

Signature :



**DEMANDE D'ASSURANCE TEMPORAIRE ETRANGER  
SAISON 2019-2020**

Document à renvoyer rempli, de la photocopie de la pièce d'identité et du montant de la cotisation (35 € de licence), service « galas privés », 32-38 rue Malmaison – 93170 BAGNOLET –  
Pour toute information, vous pouvez joindre le service « galas privés ». Tél : 01 84 21 00 18.

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe : (cochez)                    M                     F

Date de naissance :        /        /                    Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Adresse :  
.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Mail : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Nom du club d'accueil en France (en toutes lettres) : .....

Numéro d'affiliation : .....

Nom et date de la manifestation : .....

Numéro de licence et nom de l'Entraîneur : .....

Téléphone de l'Entraîneur : .....

Mail de l'Entraîneur : .....

Catégorie de poids : .....

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus. Je m'engage à respecter la législation ainsi que les règlements de la FFKMDA, en particulier les points concernant la lutte contre le dopage dont je déclare avoir pris connaissance et m'être informé des risques liés à la pratique de ce sport en compétition. Je déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information relative aux garanties de base proposées par la FFKMDA et celle du contrat complémentaire SPORTMUT (optionnelle) proposée par la Mutuelle des Sportifs ([www.ffkmda.fr](http://www.ffkmda.fr))

Date :

Signature :



FICHE DE CONSULTATION DE NON CONTRE-INDICATIONS A LA PRATIQUE DU KICK-BOXING, MUAY-THAÏ, PANCRACE et DA:

**Compétition** pouvant prendre fin, notamment ou exclusivement lorsqu'à la suite d'un coup porté, l'un des adversaires se trouve dans un état le rendant incapable de se défendre et pouvant aller jusqu'à l'inconscience (KO)

**Ce certificat peut être établi par tout médecin titulaire du diplôme français de docteur en médecine.**

### Recommandations à l'attention des médecins

Cher confrère,

Vous êtes amené à examiner un sportif qui désire pratiquer un sport de contact dans la catégorie compétition avec protection céphalique.

L'obtention du certificat médical est la conclusion d'un examen médical réalisé selon des règles de bonne pratique, validées par les sociétés savantes. Cependant, la commission médicale fédérale de la FFSCDA rappelle que l'examen médical permettant de délivrer ce certificat :

- engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat (article R.4127-69 du code de la santé publique [article 69 du code de déontologie]), seul juge de la nécessité d'éventuels examens complémentaires et seul responsable de l'obligation de moyen,
- ne doit jamais être pratiqué à l'improviste, sur le terrain ou dans les vestiaires avant une compétition, un tel certificat médical dit de complaisance est donc formellement prohibé (article R.4127-28 du code de la santé publique [article 28 du code de déontologie]).

Cette activité sportive nécessite:

- Un examen neurologique et de la santé mentale, valable 1 an
- Un examen ophtalmologique : acuité visuelle, champ visuel, tonus oculaire et fond d'œil, valable 1 an

Il relève de votre seule décision de déterminer les examens complémentaires qu'il vous paraîtra utile de demander pour établir ou non ce certificat.

**Toutes les contre-indications médicales aux sports s'appliquent.**

On peut retenir en particulier les contre-indications médicales suivantes :

- Hernie pariétale, éventrations.
- Hépatomégalie ou splénomégalie.
- Antécédents de coma ou de lésions cérébrales.
- Troubles de l'équilibre.
- Epilepsie.
- Troubles de la coagulation ou la prise d'un traitement altérant la coagulation.
- Sérologie VIH, Ag HBS, Anticorps HCV.
- Myopies supérieures à 3,5 dioptries.
- Chirurgies intra-oculaires et réfractives.
- Amblyopies acuité inférieur à 3/10 avec correction ou 6/10 ODG

Concernant les femmes : contre-indication temporaire pour les femmes enceintes ou qui allaitent.

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE DU KICK-BOXING, MUAY-THAÏ, PANCRACE et DA :**

Je soussigné, Docteur .....

Certifie avoir examiné le : .....

*(En lettres capitales)*

*(Date de l'examen)*

Certifie avoir examiné M.....Né (e) le : .....

*(Mentionner le nom et prénom)*

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique du Kick Boxing, du Muay thaï, du Pancrace et de leurs disciplines associées en combat.

Fait à : ..... le : .....

Signature et cachet du médecin



5

Les déclarations d'accident sont à envoyer par courrier à :

MDS

Service prestations

Par courrier : 214, rue Louis David – 75782 - Paris Cedex 16

Par Fax au: 01 53 04 86 87

Par mail à: prestations@grpmds.com

### **SPORTMUT FFKMDA (optionnel)**

En adhérant à « SPORTMUT », vous pouvez bénéficier de garanties complémentaires en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès résultant d'un accident survenu pendant la pratique d'une activité garantie.

### **Souhaitez-vous souscrire à la garantie complémentaire « SPORTMUT FFKMDA » ?**

- Oui. Je souhaite souscrire une option complémentaire. Dans ce cas, je m'engage à établir moi-même les démarches administratives d'adhésion auprès de l'assureur en remplissant le formulaire de souscription disponible sur le site internet de la FFKMDA et en le retournant à la MDS avec un chèque de règlement correspondant au montant de l'option choisie.
- Non. Je ne souhaite pas souscrire d'option complémentaire.

**Document non contractuel. Retrouvez la globalité du règlement sur [www.ffkmda.fr](http://www.ffkmda.fr)**

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

Je certifie avoir pris connaissance du contrat d'assurance lié à ma licence disponible sur le site internet [www.ffkmda.fr](http://www.ffkmda.fr)

Je certifie avoir pris connaissance des règlements sportifs fédéraux relatifs à ma ou mes Disciplines et à mon statut de licencié.

Je m'engage à respecter les règlements de la FFKMDA ainsi que ses représentants chargés de les faire appliquer.

Je m'engage à respecter la législation et les règlements généraux de la FFKMDA notamment Les points concernant la lutte contre le dopage dont je déclare avoir pris connaissance. Je déclare être informé des risques liés à la pratique de mon sport en compétition.

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature : .....

Siège social : FFKMDA (anciennement FFSCDA) –32-38 rue Malmaison– 93170 BAGNOLET  
Arrêté de délégation ministérielle : NOR SPOV1313107A  
SIRET: 507 458 735 00028 - CODE APE : 9312Z  
Téléphone : 33 (0)1 43 60 53 95 – Télécopie : 33 (0)1 43 60 04 75  
Site : ffkmda.fr

