

LICENCE « PRO »
NOTICE D'INFORMATION

La licence « PRO » est accessible à toute personne majeure souhaitant combattre sans protection céphalique. Conformément à la réglementation en vigueur, un niveau minimum de pratique est exigé.

La licence « PRO » est définitive et ne permet plus de retourner en amateur (sauf appartenance au collectif France)

Pour vous licencier, merci de renvoyer le document ci-après dûment rempli à FFKMDA, service compétition « PRO » 32-38 rue Malmaison- 93170 Bagnole, accompagné des pièces ci-dessous :

- 2 photos d'identité
- La photocopie de votre pièce d'identité
- Un chèque, au nom du club, correspondant au montant de la cotisation:
 - 75 € de licence
 - 15 € de passeport pour les personnes non licenciées la saison passée

En prenant une licence « PRO » 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 informer la FFKMDA, en amont, en cas de combats à l'étranger ou dans une autre structure française proposant les mêmes disciplines que la FFKMDA.

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 :

Numéro de licence :

Signature :

DEMANDE DE LICENCE « PRO »

Document à renvoyer rempli, accompagné de 2 photos d'identité, de la photocopie de la pièce d'identité et du montant de la cotisation (75 € de licence + 15 € de passeport pour les personnes non détentrices d'un passeport sportif en cours de validité), service « Compétitions Pro », 32-38 rue Malmaison – 93170 BAGNOLET –

Pour toute information, vous pouvez joindre le service « compétition pro ». Tél : 01 43 60 53 95.

Numéro de licence :

Nom :

Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance : / /Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Mail :

Téléphone : Portable :

Nom du club (en toutes lettres) :

Numéro d'affiliation :

Nom de l'Entraîneur :

Numéro de licence de l'Entraîneur :

Téléphone de l'Entraîneur :

Mail de l'Entraîneur :

Discipline (s) :

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)

Je soussigné,, combattant(e) en plein contact, atteste sur l'honneur que le numéro de pièce d'identité renseigné de façon obligatoire à la demande du Ministère en charge des sports est valide

Date :

Signature :

EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE OBLIGATOIRE

Cet examen doit être établi par un médecin ophtalmologiste.

Contre-indications absolues : Chirurgie intraoculaire, amblyopie, myopie supérieure à 3,5 dioptries.

1- Acuité visuelle en toutes lettres, sans surcharge, en dixièmes et éventuellement avec correction.

	Sans correction	Formule de correction	Avec correction
Œil droit			
Œil gauche			

- 2- Champ visuel :
- 3- Tonus oculaire :
- 4- Motilité oculaire :
- 5- Vision binoculaire :
- 6- Milieux transparents :
- 7- Fond d'œil (verre à trois miroirs) :
- 8- Anomalie d'ordre pathologique :

Je soussigné, Dr, ophtalmologiste, certifie, après examen complet du patient, que M..... ne présente à ce jour, aucune contre indication à la pratique du KickBoxing, du MuayThai et de leurs disciplines associées, sans protection céphalique et avec transfert d'énergie à l'impact.

Date : __/__/____

Lieu :

Cachet

Signature

Certificat de non contre-indication à la pratique du KickBoxing, MuayThai et de leurs DA en compétition sans casque et transfert d'énergie à l'impact

Au vu de l'article R.4127-69 du code de la Santé Publique (art.69 du code de déontologie) la délivrance de ce certificat médical engage la responsabilité du médecin signataire, seul juge de la nécessité d'éventuels examens complémentaires et seul responsable de l'obligation de moyen. Au vu de l'article R.4127-28 du code de la Santé Publique (art.28 du code de déontologie) les certificats médicaux dits de complaisance sont prohibés.

Contre-indications médicales (liste non exhaustive) :

Hernie pariétale, éventrations, hépatomégalie ou splénomégalie, antécédents de coma ou de lésions cérébrales troubles de l'équilibre, épilepsie, troubles de la coagulation ou prise d'un traitement altérant la coagulation, sérologie VIH, Ag HBS, anticorps HCV, chirurgie intraoculaires et réfractives, amblyopie, acuité inférieure à 3/10 avec correction ou 6/10, ODG, contre-indication temporaire pour les femmes enceintes ou qui allaitent.

Nos disciplines sportives nécessitent un ECG de repos interprété valable 1 saison sportive et un fond d'œil 3 miroirs valable 1 saison sportive.

Il relève de la responsabilité du médecin signataire de déterminer tout examen qui paraîtrait utile pour délivrer ou non ce certificat médical.

Examen clinique

Taille : Poids : IMC :
 Examen morpho-statique : Rachis : MI : MS :
 Appareil cardio-vasculaire : FC de repos : TA de repos :
 Auscultation cardiaque :
 Tracé ECG de repos :
 Examen pulmonaire :
 Examen estée-articulaire :
 Examen neurologique :
 Examen stomatologique.....
 Examen ORL.....
 Examen génito-urinaire :
 Examen dermatologique :

Je soussigné, Dr, certifie, après examen clinique complet que M....., ne présente à ce jour, aucune contre indication à la pratique du Kick Boxing, du Muay Thaï ou de leurs disciplines associées (précisez la ou les disciplines) sans protection céphalique et avec transfert d'énergie à l'impact.

Date : ____/____/____

Lieu :

Cachet

Signature

GARANTIES LICENCE- ASSURANCE

Sont assurées, toutes personnes licenciées évoluant au sein de la Fédération ou d'organismes déconcentrés (zones, ligues, clubs...) de la Fédération Française de KickBoxing, MuayThai et Disciplines Associées dans le cadre des activités fédérales.

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

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

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 :