



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA
PRATIQUE DU KICKBOXING,
MUAYTHAI, PANCRAE et DA EN LOISIRS ET EN COMPETITION
« EDUCATIF, ASSAUT, LIGHT »**

Je soussigné, Docteur
.....(En lettres
capitales)

certifie avoir examiné M/Mme
.....

Né (e) le : à

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes
apparents contre indiquant la pratique de l'entraînement, du
loisir et des compétitions « Educatif, Assaut et light » en
kickboxing, muaythai, pancrae et leurs disciplines associées.

Fait à : le :

Signature et cachet du médecin :

Siège social : FFKMMDA - 38, Rue Malmaison 93170 BAGNOLET
Arrêté de délégation ministérielle : NOR SPOV1313107A
SIRET : 507 458 735 00036 - CODE APE : 9312Z
Téléphone : 33 (0)1 43 60 53 95 – Télécopie : 33 (0)1 43 60 04 75



AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE DE SOIN

SAISON 2022/2023

- FORMULAIRE OBLIGATOIRE POUR LES MINEURS-

Je soussigné(e)
Père Mère Responsable légal
AUTORISE
mon enfant :

(Nom, Prénom, Numéro de licence)

- à pratiquer les disciplines de la fédération en **competition**

- à être soigné par un médecin si nécessaire dans le cadre des compétitions
et activités fédérales ,

- à faire l'objet d'une décision médicale d'urgence (transfert à l'hôpital par
un service d'urgence [Pompiers, SAMU]) rendue nécessaire par son état
de santé.

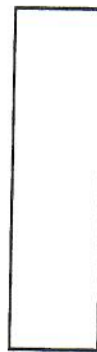
EN CAS DE DECISION MEDICALE D'URGENCE, la ou les personnes à
contacter sont :

Père :

Mère :

Responsable légal:

A....., le



Signature :



**DOCUMENT OBLIGATOIRE POUR LA PARTICIPATION AUX
COMPETITIONS FEDERALES**

Siège social : FFKMMDA - 38 rue Malmaison - 93170 BAGNOLET
Arrêté de délégation ministérielle : NOR SPOV1313107A

SIRET : 507 458 735 00036 - CODE APE : 9312Z

Téléphone : 33 (0)1 43 60 53 95 – Télécopie : 33 (0)1 43 60 04 75

Site : www.ffkmda.org

