



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

AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE DE SOIN

SAISON

- 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 compétition

- 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 :

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, pancerace et leurs disciplines associées.

Fait à :..... le :

Signature et cachet du médecin :



DOCUMENT OBLIGATOIRE POUR LA PARTICIPATION AUX COMPETITIONS FEDERALES

Siège social : FFKMMDA - 36 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.fffkmda.org



Siège social : FFKMMDA - 36, 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