



PHOTO
OBLIGATOIRE

N° de licence: ☐ Cours Adultes ☐ Cours Enfants

COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT

Nom: _____ Prénom(s): _____ Date de naissance: __ / __ / __
 Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville: _____
 Téléphone: ____ - ____ - ____ - ____ Email: _____
 Personne à prévenir en cas d'urgence : (Indiquer le lien de parenté, Nom, Prénom, Téléphone)

POUR LES MINEURS UNIQUEMENT

Responsable Légal #1:

Nom: _____ Prénom(s): _____
 Téléphone: ____ - ____ - ____ - ____ Email: _____

Signature

Responsable Légal #2:

Nom: _____ Prénom(s): _____
 Téléphone: ____ - ____ - ____ - ____ Email: _____

Signature

J'autorise mon enfant à rentrer seul : OUI ☐ NON ☐

Autre personne autorisée à venir le chercher: Nom: _____ Prénom(s): _____

INFORMATIONS MÉDICALES

☐ Certificat médical du Club rempli ☐ Certificat du médecin joint ☐ Future date de rendez-vous : __ / __ / __
 Si un certificat a été donné en saison 2025/2026 et l'adhérent ne fait pas de compétition, un questionnaire rempli sur l'honneur suffit:
☐ Questionnaire de santé rempli

PARTICIPATIONS AUX COURS

Enfants

☐ Mercredi 18h30 - 19h30
☐ Samedi 16h00 - 17h30

Adultes

☐ Mercredi 20h00 - 22h00 ☐ Samedi 10h30 - 12h30
☐ Vendredi 20h00 - 22h00

COMMANDE DE MATÉRIEL

	Taille	Quantité	PU	Date Liv.
T-SHIRT			18,5€	
SHORT			32€	
GANTS			26€	
PROTEGE-DENTS			7,5€	
COQUILLE			12,5€	
PROTEGE-PIEDS + TIBIAS Combiné			19€	
BANDES 4m			10€	
KIT Fille			50€	
KIT Garçon			60€	

COTISATION

Numéro Pass Sports : _____

-15ans : ☐ Nouveau 225€ ☐ Ancien 190€

+15ans: ☐ Nouveau 270€ ☐ Ancien 235€
☐ Compétition 60€

Montant Total à payer: COT= _____ EQ.= _____

☐ CB ☐ ESPECES ☐ CHEQUES :

Dates Encaissement: 1 _____ 2 _____ 3 _____

PLUS QU'UN CLUB, UNE FAMILLE



RÈGLEMENT INTÉRIEUR

- Seuls sont autorisés à assister aux entraînements les adhérents dont les dossiers sont complets.
- Le port de la tenue du Club est obligatoire (sauf si rupture de livraison des équipements)
- Le port des protections de sécurité est obligatoire; à défaut, certains apprentissages ne pourront pas être réalisés.
- La cotisation perçue par le club ne pourra pas être remboursée, quel que soit le motif.
- Le Club n'est responsable de ses élèves qu'à partir du moment où ils sont dans la salle de boxe et qu'ils suivent les cours.
- En aucun cas, la responsabilité du club ne peut être engagée pour un événement survenant dans les vestiaires ou à l'extérieur du complexe sportif.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur, l'accepte et m'engage à l'appliquer et/ou à le faire appliquer à mon enfant. Je m'engage à acquiescer ou à fournir à mon enfant les équipements indispensables à la pratique de la boxe américaine et reconnait d'ores et déjà que je ne pourrai pas ou qu'il ne pourra pas participer ni aux entraînements ni à la compétition sans être équipé. J'autorise l'USF Boxe Américaine ou ses mandataires à photographier ou filmer moi-même ou mon enfant et à diffuser mon/son image sur tout support (internet, presse, ...).

Je déclare être informé des dispositions de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 concernant le Règlement Général pour la Protection de Données.

Date et Signature de l'adhérent ou du responsable légal du mineur:



Règlement médical FFKMDA - Annexe 1F

AUTORISATION PARENTALE DE SOINS

Saison 2026/2027

- 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 :



CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
À LA PRATIQUE DU KICK-BOXING, MUAYTHAI, PANCRAE et disciplines associées
EN LOISIRS ET EN COMPETITION « EDUCATIF, ASSAUT, LIGHT »

Je soussigné, Docteur(en lettres capitales)

certifie avoir examiné M/Mme

Né (e) le :

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contreindiquant 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 :

DOCUMENT OBLIGATOIRE POUR LA PARTICIPATION AUX COMPÉTITIONS FÉDÉRALES



FFKMDA - 38, rue Malmaison - 93170 BAGNOLET
tel : +33 (0)1 84 21 00 16 - mail : contact@ffkmda.fr
site web : www.ffkmda.org
Arrêté de délégation ministérielle : NOR SP0V2209971A
SIRET : 507 458 735 00036 - CODE APE : 9312Z



FFKMDA - 38, rue Malmaison, 93170 BAGNOLET - tel : +33 (0)1 84 21 00 16 - mail : contact@ffkmda.fr - site web : www.ffkmda.org
Arrêté de délégation ministérielle : NOR SP0V2209971A - SIRET : 507 458 735 00036 - CODE APE : 9312Z

Partie Réserve au Club

Fiche reçue par :

Certificat Médical : ☐

Pour les mineurs:

CNI du parent : ☐

Autorisation Parentale: ☐