

## 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 » 144 avenue Gambetta 93170 Bagnolet, accompagné des pièces ci-dessous :

- La photocopie de votre pièce d'identité
- 2 photos 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 :



**ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE NIVEAU DE PRATIQUE  
POUR UNE PREMIÈRE DEMANDE DE LICENCE « PRO »**

Rappel : le niveau PRO est une pratique sans protection céphalique permettant notamment de participer aux compétitions « PRO »

**Cette prise de licence est définitive et le compétiteur ne peut plus boxer en amateur.**

Nom du club : .....

Numéro d'affiliation : .....

**Informations concernant l'athlète demandeur :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ..... Téléphone : .....

Email : .....

Numéro de licence : (ou nouvel adhérent) .....

Titres majeur entre 2012 et 2017 : .....

.....

.....

Nombre de victoires : ..... Nombre de victoire par KO : .....

Nombre de défaites : ..... Nombre de défaite par KO : .....

**Informations concernant le moniteur responsable :**

Nom : ..... Prénom : .....

Numéro de licence : ..... Téléphone : .....

Email : .....

Diplôme et numéro : .....

.....

.....





Je soussigné, moniteur responsable du club et entraîneur du compétiteur ci-dessous, atteste de son niveau de pratique et demande pour cette saison une licence « PRO ». Je m'engage à respecter et à faire respecter à mon licencié la réglementation spécifique « PRO » de la FFKMDA.

Pour la ou les disciplines suivantes : *entourez la ou les disciplines souhaitées*

LOW KICK

FULL CONTACT

K1 RULES

MUAYTHAÏ

PANCRACE

DISCIPLINES ASSOCIÉES : Précisez .....

Signature du moniteur

signature du compétiteur

signature du Président du club

Fait à : ....., le.....

---

**Partie à remplir par la Fédération**

**DEMANDE ACCEPTÉE**

/

**DEMANDE REFUSÉE**



Siège social : FFKMDA (anciennement FFSCDA) – 144, avenue Gambetta – 93170 BAGNOLET  
Arrêté de délégation ministérielle : NOR SPOV1313107A  
Téléphone : 33 (0)1 43 60 53 95 – Télécopie : 33 (0)1 43 60 04 75  
Site : ffkmda.fr





**DEMANDE DE LICENCE « PRO »  
SAISON 2017-2018**

Document à renvoyer rempli, 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 », 144, avenue Gambetta – 93170 BAGNOLET –  
Pour toute information, vous pouvez joindre le service « compétition pro ». Tél : 01 84 21 00 18.

Numéro de licence : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :                                    M                                        F   

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

Nationalité : .....

Adresse : .....

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

Mail : .....

Téléphone : .....

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](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.

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 FFKMDA 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 utiles 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 de non contre-indication à la pratique du Kick Boxing, Muay Thai 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 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**

**EXAMEN CLINIQUE TYPE**

Taille : ..... . Poids : .....

- Examen morpho-statique : Rachis : ..... MI : ..... MS : .....
- Appareil cardio-vasculaire : FC de repos : ..... TA de repos : .....
- Auscultation cardiaque : .....
- Examen pulmonaire : .....
- Examen ostéo-articulaire : .....
- Examen neurologique et de santé mentale:.....
- Examen stomatologique : .....
- Examen O.R.L. : .....
- Examen génito-urinaire : .....
- Examen dermatologique : .....
- Anomalies des annexes : .....

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

Lieu : .....

Cachet

Signature

**EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE SPECIALISE**

Contre indications absolues :

- Chirurgie intra oculaire et réfractaire
- Amblyopie acuité inférieure à 3/10 avec correction ou 6/10 ODG
- Myopie supérieure à 3,5 dioptries

1 - Acuité visuelle (notée en toutes lettres et sans surcharges en dixième avec éventuelle formule de correction

	Sans correction	Formule de correction	Avec correction
<b>OD</b>			
<b>OG</b>			

- 2 - Champ visuel.....
- 3 - Tonus oculaire.....
- 4 - Motilité oculaire.....
- 5 - Vision binoculaire.....
- 6 - Milieux transparents.....
- 7 - Fond d'œil (examen aux 3 miroirs.....
- 8 - Anomalie d'ordre pathologique.....

**Décisions du spécialiste en ophtalmologie :**

Je soussigné Dr : ..... Spécialiste en ophtalmologie

Certifie avoir examiné le :.....

M. :.....

et ne pas avoir constaté de signes ophtalmologiques apparents contre indiquant la pratique du Kick Boxing, du Muaythaï du Pancrace et de leurs disciplines associées en combat.

Cachet lieu ..... date.....

Signature



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE DU KICK-BOXING, MUAY-THAÏ, PANCRAÏE 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 Muaythaï, du Pancraïe et de leurs disciplines associées en combat.

Fait à : ..... le : .....

Signature et cachet du médecin

## GARANTIES LICENCE- ASSURANCE – 2017/2018

Sont assurées, toutes personnes licenciées évoluant au sein de la Fédération ou d'organismes déconcentrés (zones, ligues, clubs...) de la Fédération Française de Kick Boxing, Muay Thai 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](mailto: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 : .....