



LICENCE HANDIBOXING  
Saison 2017/2018  
NOTICE D'INFORMATION

La licence HANDIBOXING est accessible uniquement aux personnes en situation de handicap. Ce formulaire est valable pour la saison 2016/2017. L'obtention de la licence est uniquement accessible par le remplissage de ce formulaire papier. Cette licence ne permet pas de participer aux compétitions, c'est une licence non-compétiteur.

La licence Handiboxing est valable durant toute la saison sportive.

L'association qui prend des licences handiboxing doit suivre les **obligations** suivantes :

- Inscrire son association sur le site handiguide : <http://www.handiguide.sports.gouv.fr/>
- Obligation de renseigner le certificat médical spécifique annexé
- Envoyer ce formulaire dûment complété à la FFKMDA, 144 avenue Gambetta 93170 BAGNOLET.

**Tarifs :**

20 euros pour les majeurs  
15 euros pour les mineurs

En prenant une licence HANDIBOXING vous vous engagez à respecter la législation et les règlements généraux de la FFKMDA.

NOM (Président du club) : .....  
PRENOM (Président du club) : .....

*Signature du Président du club avec la mention « lu et approuvé » :*



**DEMANDE DE LICENCE HANDIBOXING  
SAISON 2017/2018**

Ce document est à renvoyer dûment rempli à la FFKMDA service Affiliations/licences au **144 avenue Gambetta – 93170 BAGNOLET**.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez joindre le service AFFILIATIONS par téléphone et par mail.

**LICENCE :**

NOM : .....

PRENOM : .....

N° de licence : .....

***(Si déjà licencié les saisons précédentes à la FFKMDA)***

SEXE : Masculin                      Féminin                      (rayer la mention inutile)

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

NATIONALITE : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TELEPHONE : ..... MAIL : .....

**CLUB :**

NOM DU CLUB : .....

***(pas d'abréviations, inscription en toutes lettres)***

NUMERO D’AFFILIATION : .....

TELEPHONE (Président) : .....

MAIL (Président) : .....

NUMERO DE LICENCE (Président) : .....

Je certifie l’exactitude des renseignements ci-dessus. Je m’engage à respecter la législation ainsi que les règlements de la FFKMDA en particulier les points relatifs à l’inscription de mon association sur le site : <http://www.handiguide.sports.gouv.fr/> et de transmettre à la FFKMDA le certificat médical annexe de ce formulaire.

**Date :**

**Signature du Président :**



AUTORISATION SPECIFIQUE (CNIL)

Je soussigné, monsieur, madame, ou pour les mineurs père, mère, responsable légal\* .....

autorise / n'autorise pas\* la FFKMDA à connaître la nature de mon handicap à des fins de catégorisation interne permettant à la fédération de me proposer des activités adaptées.

Signature

Pour informations : en cas de réponse négative, la licence sera toutefois comptabilisée dans le total des licences "handi boxing" de la fédération. Le licencié ne pourra alors pas être informé directement des activités ou animations spécifiques, en lien avec la nature du handicap, proposées par la fédération.

Le licencié a toutefois la possibilité de revenir sur sa décision une seule fois au cours de la saison sportive. Il devra pour cela prendre attache avec le service affiliation/licence.

*\* rayer la mention inutile*



**Certificat médical de non contre-indication  
à la pratique « HANDIBOXING »**

**Définition :** L'handiboxing est une forme de pratique d'opposition adaptée dite de « boxes pieds/poings », utilisant les mouvements et techniques issues du Kick boxing, du Muaythai et du Pancrace. Elle s'adresse à un public ayant des difficultés motrices, intellectuelles, psychiques ou tout autre problème de santé nécessitant une certaine forme d'adaptation tout en préservant l'intégrité physique et mentale du pratiquant.

**Certificat :**

Je certifie que l'état de santé de .....ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable à la pratique loisir de la discipline handiboxing, sauf éventuelles exceptions ci-dessous :

Les contres indications pouvant exister par rapport à une pratique adaptée sont les suivantes :

- Aucune
- Coup au visage
- Coup au ventre
- Autre (préciser) : .....

**Classification du pratiquant en relation avec la nature du handicap (avis facultatif du médecin à cocher) :**

Handicap moteur			
<b>Catégorie de personne en fauteuil ou devant boxer assis</b>	<input type="checkbox"/> Handicap membre inférieur avec mobilité du buste, sans difficultés des membres supérieurs	<input type="checkbox"/> Handicap membre inférieur mobilisation du buste limité sans difficultés au niveau des membres supérieurs	<input type="checkbox"/> Handicap membre inférieur et handicap membres supérieurs. Ou difficulté de coordination des membres supérieurs
<b>Catégorie pouvant boxer debout</b>	<input type="checkbox"/> Handicap sur le (s)membre(s) supérieur(s)	<input type="checkbox"/> Handicap touchant le(s)membre(s) inférieur(s)	<input type="checkbox"/> Handicap touchant le(s) membre(s) inférieur(s) et supérieur(s)
Handicap sensoriel			
<input type="checkbox"/> non voyant	<input type="checkbox"/> mal voyant	<input type="checkbox"/> non entendant	<input type="checkbox"/> mal entendant
Handicap mental			
<input type="checkbox"/> déficience intellectuelle légère	<input type="checkbox"/> déficience intellectuelle moyenne	<input type="checkbox"/> déficience intellectuelle lourde	<input type="checkbox"/> maladie psychique (préciser).....
Autre			
<input type="checkbox"/> Préciser :			

**Date :**

Cachet et signature du médecin :