



PROCES VERBAL MANIFESTATION SPORTIVE

Intitulé de la Manifestation Sportive :

Lieu :

Nom et prénom du Superviseur Fédéral :

N° de licence :

Adresse :

Ville :Code Postal :

Téléphone :Mobile :

E-Mail :

Noms des Officiels : -

N° Licence :

N° Licence :

N° Licence :

N° Licence :

N° Licence :

Médecin (s) :

**A renvoyer sous 48 heures à : FFKMDA
Service compétition- Gala privés
144, Avenue Gambetta – 93170 BAGNOLET**



Siège social : FFKMDA (anciennement FFSCDA) – 144, avenue Gambetta – 93170 BAGNOLET
Arrêté de délégation ministérielle : NOR SPOV1313107A
SIRET: 507 458 735 00028 - CODE APE : 9312Z
Téléphone : 33 (0)1 43 60 53 95 – Télécopie : 33 (0)1 43 60 04 75
Site : www.ffkmda.com





FEUILLE DE PESEE ET DE CONTROLE

| | CATEGORIE DE POIDS / CLASSE | NOM & PRENOM | Licence | POIDS | TENSION | APTE |
|----|--------------------------------|--------------|---------|-------|---------|------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |

Signature :

Médecin : (Nom / Prénom +Cachet)

Tampon du médecin obligatoire



Siège social : FFKMDA (anciennement FFSCDA) – 144, avenue Gambetta – 93170 BAGNOLET
 Arrêté de délégation ministérielle : NOR SPOV1313107A
 SIRET: 507 458 735 00028 - CODE APE : 9312Z
 Téléphone : 33 (0)1 43 60 53 95 – Télécopie : 33 (0)1 43 60 04 75
 Site : www.ffkmda.com





| | ARBITRE | JUGE 1 | JUGE 2 | JUGE 3 | SUPERVISEUR | DECISION |
|----|---------|--------|--------|--------|-------------|----------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |



Siège social : FFKMDA (anciennement FFSCDA) – 144, avenue Gambetta – 93170 BAGNOLET
 Arrêté de délégation ministérielle : NOR SPOV1313107A
 SIRET: 507 458 735 00028 - CODE APE : 9312Z
 Téléphone : 33 (0)1 43 60 53 95 – Télécopie : 33 (0)1 43 60 04 75
 Site : www.ffkmda.com





PROCES VERBAL DE MANIFESTATION SPORTIVE

QUESTIONNAIRE

L'Organisation : + = - L'organisateur : + = -
La Sécurité : + = - Les Combats : + = -

Légende : « + » très bien ou bien « = » Moyen « - » Mauvais ou très mauvais

Événement Grave ou inattendu :
OUI ou NON

KO Sérieux :OUI ou NON **Réclamation(s)** OUI ou NON

Si vous répondez par « non » ou par « oui » au questionnaire général, indiquez succinctement, ci-dessous, la raison qui a motivé votre réponse. Dans le cas contraire la mention « RAS » suffit.

REMARQUE :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Siège social : FFKMDA (anciennement FFSCDA) – 144, avenue Gambetta – 93170 BAGNOLET
Arrêté de délégation ministérielle : NOR SPOV1313107A
SIRET: 507 458 735 00028 - CODE APE : 9312Z
Téléphone : 33 (0)1 43 60 53 95 – Télécopie : 33 (0)1 43 60 04 75
Site : www.ffkmda.com





Nom du Combattant mis KO : **Prénom :**
N° Licence du combattant :
Club : **N° Affiliation:**
N° de Téléphone :
Décision du médecin :

Nom du Combattant mis KO : **Prénom :**
N° Licence du combattant :
Club : **N° Affiliation :**
N° de Téléphone :
Décision du médecin :

Nom du Combattant mis KO : **Prénom :**
N° Licence du combattant :
Club : **N° Affiliation :**
N° de Téléphone :
Décision du médecin :

Nom du Combattant mis KO : **Prénom :**
N° Licence du combattant :
Club : **N° Affiliation :**
N° de Téléphone :
Décision du médecin :

Signature :

Superviseur :
(Nom / Prénom)

Médecin :
(Nom / Prénom +Cachet)

Tampon du médecin obligatoire



Siège social : FFKMDA (anciennement FFSCDA) – 144, avenue Gambetta – 93170 BAGNOLET
Arrêté de délégation ministérielle : NOR SPOV1313107A
SIRET: 507 458 735 00028 - CODE APE : 9312Z
Téléphone : 33 (0)1 43 60 53 95 – Télécopie : 33 (0)1 43 60 04 75
Site : www.ffkmda.com

