



Maison des Associations  
Place Léon Michaud  
13310 SAINT MARTIN DE CRAU

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION BOX'AIR

SAISON : \_\_\_\_\_

Flasher le code pour aller  
sur notre site internet



PHOTO

## INFORMATIONS ADHERANT(E)

NOM	_____	
PRENOM	_____	
DATE DE NAISSANCE	AGE :	_____
ADRESSE	_____	
CODE POSTAL	VILLE :	_____
TELEPHONE FIXE	_____	
TELEPHONE PORTABLE	_____	
ADRESSE MAIL	_____	

## AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

JE SOUSSIGNE	_____
REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT	_____
L'autorise à pratiquer la boxe pieds poings	
SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL :	_____

## INFORMATIONS MEDICALES

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE	_____
LIEN DE PARENTE	_____
TELEPHONE FIXE	_____
TELEPHONE PORTABLE	_____

## COTISATION

LICENCE	<input type="checkbox"/> ADULTE (180 €)	<input type="checkbox"/> ENFANT (140 €)
TYPE	<input type="checkbox"/> LOISIR	<input type="checkbox"/> COMPETITEUR
PAIEMENT	<input type="checkbox"/> CHEQUE	MONTANT : _____ NOMBRE : _____
	<input type="checkbox"/> ESPECES	MONTANT : _____
	<input type="checkbox"/> CARTE COLLEGIEN PROVENCE	MONTANT : _____ (maximum 100€)

Pièces à joindre à ce dossier :

- 1 photo d'identité
- Certificat médicale
- Autorisation parentale de pratique de soins
- Certificat médicale (valable 3 ans) ou Questionnaire médicale

Documents téléchargeables sur notre site

[www.boxair-smc.fr](http://www.boxair-smc.fr)

Date : \_\_\_\_\_ Signature du représentant légal :

(JE CERTIFIE SUR L'HONNEUR QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS CE FORMULAIRE SONT EXACTS)



# AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE DE SOIN SAISON 2021/2022

- 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 legal : .....

A....., le .....

Signature :

**DOCUMENT OBLIGATOIRE POUR LA PARTICIPATION AUX COMPÉTITIONS FEDERALES**



Siège social : FFKMDA – 38 rue malmaison– 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.fr





Pratiquant mineur – Pratique de la compétition en assaut ou pratique de loisir sans compétition

Prise de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé " QS-SPORT " MINEUR

**Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale**

Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport, c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

<p style="text-align: center;"><b>Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/></b></p>	<b>Ton âge : .....</b>	
	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>Depuis l'année dernière ...</b>		
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines) ...</b>		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Aujourd'hui...</b>		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.



## **PRATIQUE ASSAUT & LOISIRS**

### **Renouvellement de licence «pratiquant majeur »**

### **ATTESTATION Questionnaire de santé SPORT**

*Je soussigné M/Mme [Prénom,NOM].....  
atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et  
avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.*

*Date et signature du sportif.*



## **FICHE DE CONSULTATION DE NON CONTRE-INDICATIONS A LA PRATIQUE DU KICK-BOXING, MUAYTHAÏ, DU PANCRACE et DA**

Pratique loisirs (sans compétition)  
Pratique en compétition « Educatif, Assaut, light » (KO non autorisé)

**Ce certificat peut être établi par tout médecin titulaire du diplôme  
français de docteur en médecine.**

### **Recommandations à l'attention des médecins**

Cher confrère,

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]).

Pour ces activités sportives la commission médicale préconise pour les vétérans ECG de repos interprété, valable 2 ans.

Il relève de votre seule décision de déterminer les examens complémentaires qu'il vous paraîtra utile 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 absolues ou relatives selon l'appréciation du médecin.



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU KICK-BOXING, MUAYTHAÏ, PANCRACE  
et DA 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, pancrace et leurs disciplines associées.

Fait à : ..... le : .....

Signature et cachet du médecin :