

FULL-FIGHT

Gymnase Georgette et Pierre LABRUNIE

74800 La ROCHE sur FORON



Je , soussigné, monsieur ou madame autorise le club de
FULL FIGHT à utiliser mon image où ma photo uniquement pour le site internet du club;
autorise le club à utiliser la photo où l'image de mon fils où ma fille
également uniquement pour le site du club Full Fight

La Roche le

signature

FULL-FIGHT



Complexe Sportif Pierre et Georgette LABRUNIE
74800 LA ROCHE sur FORON

FULL CONTACT – LIGHT CONTACT – SEMI CONTACT
CARDIO TRAINING – KICK BOXING – K1 RULES

LATINI Mauro 60, Route de Thonon 74800 Amancy Tél 06 88 86 44 12

Saison 2016/2017

Autorisation des parents

Je soussigné, Monsieur/Madame autorise mon fils/ ma fille
..... à participer aux cours de Full Contact -

Semi Contact - Light Contact – Kick Boxing – Cardio Training – K1 Rules

Fait à La Roche sur Foron le 2016

Signature :

IMPORTANT : Les enfants MINEURS doivent être **accompagnés dans la salle et repris par les parents,**

le cas échéant veuillez remplir la partie ci-dessous :

J' autorise mon fils/ ma fille à se rendre et à quitter le gymnase par ses propres moyens et **sous mon entière responsabilité** , en cas d'accident ou d'incident, la responsabilité du professeur ou du club ne pourra en aucun cas être engagée.

Signature **des deux parents** précédée de la date et de la mention “ lu et approuvé”



AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE (mineurs)

Je soussigné,.....
(père/mère/responsable légal*)

AUTORISE

Mon enfant.....
(Nom, prénom, numéro de licence)

A pratiquer les disciplines de la Fédération Française de Sports de Contact au sein de son club, ainsi que dans un cadre compétitif.

Cette autorisation est valable pour la saison 2016/2017

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

Signature des parents

*Entourer la mention utile



AUTORISATION PARENTALE DE SOINS (mineurs)

Je soussigné,.....
(père/mère/responsable légal*)

AUTORISE

Mon enfant.....
(Nom, prénom, numéro de licence)

A être soigné par un médecin dans le cadre des compétitions
de la Fédération Française de Sports de Contact.

Cette autorisation est valable pour la saison 2016/2017.

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

Signature des parents

*Entourer la mention utile

Certificat Médical Saison 2016/2017.

Nom : Prénom :

Date de Naissance : Sexe : M F

Examen médical d'aptitude à la pratique du FULL CONTACT

Antécédents personnels :

Trauma cranien avec ou sans P.C. :

Pathologie chronique : Fractures diverses :
.....

..... Cardiovasculaire pulmonaire :

Autres :

Tabagisme :

EXAMEN CLINIQUE : Poids : Kg Epreuve Martinet :

Taille : T.A. :

Fréquence :

Observations du médecin traitant :
.....

APTE à la pratique du FULL CONTACT : Oui Non

APTE A LA COMPETITION : Oui Non

Signature du Médecin : Tampon

Observations : Saison 2016/2017

**IGHT CONTACT - FULL CONTACT - SEMI CONTACT - CARDIO TRAINING
K1 RULES - KICK BOXING
SAISON 2016 - 2017**



Nom :	Prénom :
Né (e) le :	Poids Sept 2016 :
Adresse :	
Téléphone Domicile :	
Portable Personnel :	
Adresse e-mail :	
Autres sports pratiqués :	
Commencé les cours de FULL CONTACT en : 201	
Personne à prévenir en cas de besoin :	
Nom :	Prénom :
Tél :	Portable :
Nom du père :	Prénom :
Téléphone :	Portable :
Profession :	
Nom de la Mère :	Prénom :
Téléphone :	Portable :
Profession :	
OBSERVATIONS PERSONNELLES :	
Documents d 'inscription : Merci de tout rapporter en une seule fois	
Cotisation = 160,00 Euros pour la saison (Hors licence)	
Photos = 2 Photos (Recentes) - Autorisation des parents	
Certificat Médical - Autorisations de soins	
Pour les COMBATTANTS bien télécharger tous les documents médicaux	
sur le site de la fédé www.ffkmda.fr	
Merci de bien REMPLIR TOUTES LES CASES	



**FICHE DE CONSULTATION DE NON CONTRE-INDICATIONS A LA PRATIQUE :
COMPETITION JUNIOR SENIOR
AVEC PROTECTION CEPHALIQUE**

DISCIPLINES	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
	JUNIOR	HONNEUR 1	HONNEUR 2
MUAY THAI – BOXE THAI			
KICK-BOXING			
FULL CONTACT- BOXE AMERICAINE			
K1 RULES			
PANCRACE			
CHAUSSEFIGHT			
BOXE BOJI			

Ce certificat peut être établi par tout médecin titulaire du diplôme français de docteur en médecine. Cependant il vous faut un tracé ECG de repos qui peut être fait par un généraliste, un médecin du sport ou un cardiologue.

Un examen ophtalmologique fait par un spécialiste est obligatoire (valable 4 ans) à partir du 1 septembre 2011.

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 avec protection céphalique.

Cette activité sportive nécessite un excellent état cardiaque.

En dehors d'un tracé ECG de repos interprété qui est obligatoire, 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 suivantes :

- hernie pariétale, éventrations.
- hépato ou splénomégalie
- antécédents de coma ou de lésions cérébrales
- trouble de l'équilibre
- épilepsie
- un trouble de la coagulation
- ou la prise d'un traitement altérant la coagulation
- sérologie VIH, Ag HBS, Anticorps HCV

Concernant les femmes :

contre-indication temporaire pour les femmes enceintes ou qui allaitent.

FULL-FIGHT



Complexe Sportif Pierre et Georgette LABRUNIE
74800 LA ROCHE sur FORON

FULL CONTACT – LIGHT CONTACT – SEMI CONTACT
CARDIO TRAINING – KICK BOXING – K1 RULES

LATINI Mauro 60, Route de Thonon 74800 AMANCY Tél 06 88 86 44 12

Saison 2016/2017

Bonjour,

Cette saison touche bientôt à sa fin avec de très bons résultats sportifs pour le club et une plus grande participation aux compétitions Nationales et Internationales.

Vous avez été un peu plus nombreux que l'année dernière à vous inscrire et suivre nos cours, ce qui nous place toujours à **la première place des clubs Rhône-Alpes / Auvergne** et dans le **top 3 de France** pour notre sport.

Afin de faciliter la rentrée (et donner ainsi la priorité aux anciens du club) pour tous et surtout les inscriptions des groupes 4/6 ans et 7/11 ans (la demande est toujours supérieure aux places disponibles !) je vous propose de remplir et rendre le dossier **COMPLET** pour le **30 Juin 2016 au plus tard**, au-delà de cette date les inscriptions seront ouvertes à tout le monde .

Cette année le club a encore formé un moniteur, ce qui porte le nombre d'entraîneurs diplômés à DIX , deux autres se préparent pour passer leur BMF1 dès la rentrée dont Stéphane qui avec moi s'occupera d'une section HANDI SPORT, sept élèves ont passé leur ceinture noire dont deux deuxième degré .

Vous trouverez en pièce jointe les règles de sécurité que la Fédé et les assurances nous demandent d'appliquer, **merci de bien les respecter et de nous aider à les faire respecter par tous.**

Pour les compétiteurs le certificat médical devra bien être **daté de SEPTEMBRE 2016 !** (pour ceux qui combattent en FULL – KICK et K1 vous devez télécharger **la totalité des certificats** sur le site de la fédé www.ffkmda.fr)

La date officielle de la rentrée est fixée au :

MERCREDI 7 SEPTEMBRE 2016 de 18H30 à 20h30

Vous trouverez en pièces jointes tous les documents à remplir (vous pouvez aussi les télécharger sur le site (www.fullfight74.fr)

**MERCI DE BIEN TOUT RAPPORTER EN 1 SEULE FOIS
(Autorisation – Fiche individuelle – Certificat Médical – Photos et Cotisation)
NE SERONT PRIS EN COMPTE QUE LES DOSSIERS COMPLETS**

Pensez à rendre les dossiers avant FIN JUIN ou rendez-vous le jour de la reprise pour les autres.

Bonne fin de saison à tous et ensuite profitez bien de vos vacances !!!

Toujours les cours **GRATUITS** pendant les **3 premières semaines de JUILLET**, parlez-en autour de vous

Sportivement

Mauro