



FKMFDA

Fédération Krav Maga France et Disciplines Associées



DEMANDE DE RENOUELEMENT D’AFFILIATION SAISON : 2025 / 2026

Je soussigné(e) M.....

Agissant en tant que Président(e), demande le renouvellement de l’affiliation de mon club à la FKMFDA :

.....

Informations du club :	
Nom de l’association :	
N° d’affiliation à la FKMFDA :	
Adresse du siège social :	
N° et nom de rue :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	Courriel :
Site internet :	
Facebook :	
Adresse de correspondance du club :	
Nom Prénom :	
N° et nom de rue :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	Courriel :

A transmettre si modifications intervenues depuis la saison précédente :
☐ Statuts
☐ Membres du bureau (Président, Trésorier, Secrétaire ...) : adresse – téléphone – courriel – fiche contrôle de l’honorabilité.
☐ Intervenants : diplôme/certification – PSC1/SST à jour – attestation relative au questionnaire de santé (cerfa n° 15699*01) – fiche contrôle de l’honorabilité.
☐ Relevé d’identité bancaire (RIB) et mandat de prélèvement SEPA.

Cotisation fédérale annuelle :
Cotisation : 150 € (dont 50 € prélevé directement par l’ASPTT sur le compte de l’association).
☐ 100 € par chèque ci-joint à l’ordre de la FKMFDA.

Pour mémoire :
Licence saison 2025/2026 assurance comprise : 33 € prélevés par l’ASPTT (26 € ASPTT et 7 € reversés à la FKMFDA pour son fonctionnement).
Passeport obligatoire pour les passages de grades/DIF et la vie fédérale : 30 €.
2 photos d’identité (dossier d’inscription et passeport).

AUTORISATION PHOTOGRAPHIQUE – DROIT A LIMAGE (article 9 alinéa 1 du Code Civil)

Je soussigné : autorise la FKMFDA à utiliser les images fixes ou audiovisuelles prises à l'occasion de sa participation aux entraînements, stages et autres, sur lesquelles pourrait apparaître mon image ou photos, ainsi que sur tout support y compris les documents promotionnels et/ou publicitaires, sans aucune contrepartie.

Signature du représentant légal de l'association :

En renouvelant mon affiliation à la FEDERATION KRAV MAGA FRANCE ET DISCIPLINES ASSOCIEES – FKMFDA, je m'engage à respecter les dispositions des statuts et du règlement intérieur de la FKMFDA.
Je certifie avoir pris connaissance de ces derniers.

Fait à, le

Signature du représentant légal de l'association :

FEDERATION KRAV MAGA FRANCE ET DISCIPLINES ASSOCIEES

Affiliée à l'ASPTT

Numéro de déclaration à la Préfecture de l'Eure : W 273009004

Agrée au Ministère de la Jeunesse et des Sports

Siège social : EVREUX – Adresse administrative : 13 rue de la Friche Patey 27930 GRAVIGNY

Tel : 06.98.47.19.88 - Email : federationkravmagafrance@gmail.com – Site : www.fkfmda.fr

ASPTT FEDERATION OMNISPORTS
cultivons vos envies

Veillez compléter les champs marqués *

* <u>Nom/prénoms du débiteur</u>	
* Adresse	
Numéro et nom de la rue	
Code postal et ville	
Pays	

[illegible][illegible]

<u>Nom du créancier</u>	FEDERATION SPORTIVE DES ASPTT
Adresse	
Numéro et nom de la rue	5 rue Maurice Grandcoing
Code postal et ville	94200 IVRY SUR SEINE
Pays	FRANCE

F	R	0	8	Z	Z	Z	4	2	0	6	5	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---



FKMFDA

Fédération Krav Maga France et Disciplines Associées



CONTRÔLE DE L'HONORABILITÉ

Club :

Adhérent

Civilité : ☐ Mr ☐ Mme	Nom :
Prénom :	Date de naissance :
N° et nom de rue :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	Courriel :

J'atteste exercer une des fonctions de :

☐ Encadrant (animateur, entraîneur, formateur)
☐ Dirigeant (élu ayant un mandat social : président, secrétaire, trésorier...)
☐ Arbitre

« La licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif et/ou d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives au sens des articles L.212-1 et L.322*1 du code du sport. A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la fédération aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L.212-9 du code du sport soit effectué. »

J'ai compris et j'accepte ce contrôle.

Je renseigne les données nécessaires au contrôle de mon honorabilité :

Nom et prénom de naissance (si différent de l'usage) :		
☐ Né(e) en France :	Département :	Commune :
☐ Né(e) à l'étranger :	Pays :	Ville :
Si né(e) à l'étranger :		
Nom de la mère :	Prénom de la mère :	
Nom du père :	Prénom du père :	

Date
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

FEDERATION KRAV MAGA FRANCE ET DISCIPLINES ASSOCIEES

Affiliée à l'ASPTT

Numéro de déclaration à la Préfecture de l'Eure : W 273009004

Agréée au Ministère de la Jeunesse et des Sports

Siège social : EVREUX – Adresse administrative : 13 rue de la Friche Patey 27930 GRAVIGNY

Tel : 06.98.47.19.88 - Email : federationkravmagafrance@gmail.com – Site : www.fkfmda.fr

EXEMPLAIRE A CONSERVER PAR LE LICENCIÉ

Questionnaire à destination des licenciés **MAJEURS**



Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

EXEMPLAIRE A REMETTRE AU CLUB ET A CONSERVER PAR CE DERNIER

FEDERATION KRAV MAGA FRANCE et Disciplines Associées



LICENCIÉ MAJEUR

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE REPONSE AU CONTENU
DU QUESTIONNAIRE RELATIF A
L'ETAT DE SANTE POUR LE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE**

Je soussigné(e) : _____ Prénom _____

Demeurant à _____

Atteste avoir complété l'ensemble du questionnaire de santé « QS-SPORT » (cerfa n° 15699*01) et avoir répondu négativement à l'ensemble des items présentés.

Date et signature :