



# FKMFDA

Fédération Krav Maga France et Disciplines Associées



## DEMANDE DE RENOUVELLEMENT 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 :

.....

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

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

<b>Cotisation fédérale annuelle :</b>
Cotisation : 150 € (dont 50 € prélevé directement par l’ASPTT sur le compte de l’association).
<input type="checkbox"/> 100 € par chèque ci-joint à l’ordre de la FKMFDA.

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

**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](mailto:federationkravmagafrance@gmail.com) – Site : [www.fkfmda.fr](http://www.fkfmda.fr)**

**ASPTT** FEDERATION OMNISPORTS  
cultivons vos envies

--

*Veuillez compléter les champs marqués \**

Pays : .....

[illegible][illegible]

*	9	4	2	0	0	*IVRY SUR SEINE
---	---	---	---	---	---	-----------------

\*Veuillez signer ici



# FKMFDA

## Fédération Krav Maga France et Disciplines Associées



### CONTRÔLE DE L'HONORABILITÉ

Club : .....

#### Adhérent

Civilité : <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mme	Nom :
Prénom :	Date de naissance :
N° et nom de rue :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	Courriel :

J'atteste exercer une des fonctions de :

<input type="checkbox"/> Encadrant (animateur, entraîneur, formateur)
<input type="checkbox"/> Dirigeant (élu ayant un mandat social : président, secrétaire, trésorier...)
<input type="checkbox"/> 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) :		
<input type="checkbox"/> Né(e) en France :	Département :	Commune :
<input type="checkbox"/> 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.fkfmdda.fr](http://www.fkfmdda.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
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour</b>		
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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 :