



# FKMFDA

## Fédération Krav Maga France et Disciplines Associées

**ASPTT**  
FEDERATION  
OMNISPORTS  
*cultivons vos envies*

### 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 FKMFD :  
.....

#### Informations du club :

Nom de l'association :

N° d'affiliation à la FKMFD :

#### 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 FKMFD.

#### Pour mémoire :

**Licence saison 2025/2026** assurance comprise : 33 € prélevés par l'ASPTT  
(26 € ASPTT et 7 € reversés à la FKMFD 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 L'IMAGE** (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 :

|   |
|---|
| <p>FEDERATION KRAV MAGA FRANCE ET DISCIPLINES ASSOCIEES<br/>Affiliée à l'ASPTT<br/>Numéro de déclaration à la Préfecture de l'Eure : W 273009004<br/>Agréée au Ministère de la Jeunesse et des Sports<br/>Siège social : EVREUX – Adresse administrative : 13 rue de la Friche Patey 27930 GRAVIGNY<br/>Tel : 06.98.47.19.88 - Email : <a href="mailto:federationkravmagafrance@gmail.com">federationkravmagafrance@gmail.com</a> – Site : <a href="http://www.fkfmada.fr">www.fkfmada.fr</a></p> |
|---|





**FKMFDA**  
**Fédération Krav Maga France et Disciplines Associées**

**ASPTT**  
FEDERATION  
OMNISPORTS  
*cultivons vos envies*

**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 « J'ai et approuvé »

**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.fkfmada.fr](http://www.fkfmada.fr)

# EXEMPLAIRE A CONSERVER PAR LE LICENCIÉ

## Questionnaire à destination des licenciés MAJEURS



**cerfa**  
N°15699\*01

### 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 inexpliquée ?  | <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"/> |

\*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

#### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attester, 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 :