



FICHE D'INSCRIPTION 2024 / 2025

MUAY-THAI / CARDIO BOXING / CROSS TRAINING

TÉL : 07 85 92 83 58 / MAIL : khongkaen@outlook.fr

PHOTO
D'IDENTITÉ
OBLIGATOIRE

KHONGKAEN GYM

186 Rue du Rhône, 74800 Saint-Pierre En Faucigny

NAKMUAY BOXEUR

SEXE : F M

NOM :

ADRESSE :

PRÉNOM :

CODE POSTAL :

NÉ(E) LE :

VILLE :

NÉ(E) À :

TÉLÉPHONE :

NATIONALITÉ :

MAIL :

PROFESSION :

DROITS À L'IMAGE : OUI NON

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE BESOIN

LIENS : PÈRE MÈRE FRÈRE SOEUR AUTRE :

NOM :

ADRESSE :

PRÉNOM :

CODE POSTAL :

NÉ(E) LE :

VILLE :

NÉ(E) À :

TÉLÉPHONE :

NATIONALITÉ :

MAIL :

PROFESSION :

TARIFS : (Possibilité de payer en plusieurs jusqu'à 2 chèques, après 2 cours d'entraînements effectué sans paiement je serai dans l'obligation de vous interdire l'accès car vous ne serez pas assuré au sein du club)

70€ / Mensuel

300€ / 7-12 et Étudiants

350€ / Annuel (Obligatoire pour les Compétiteurs)

***TOUS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES MERCI DE BIEN LES REMPLIR
CERTIFICAT MÉDICAL - DROIT À L'IMAGE - DÉCHARGE**





AUTORISATION

Je soussigné, Monsieur / Madame..... autorise le club KHONG KAEN
à utiliser mon image ou ma photo à des fins de communication.

Je soussigné, Monsieur / Madame..... autorise le club KHONG KAEN
à utiliser l'image ou la photo de ma fille / mon fils..... à des fins de communication.

Fait àle

Signature :





Académie Française de Muay Thai 2024-2025



Autorisation parentale de pratique et de soins

(Formulaire Obligatoire pour les mineurs)

Je soussigné(e) :

Père

Mère

Responsable Légal

AUTORISE

Mon enfant :

(Nom, Prénom, N° de licence)

- A pratiquer le Muay Thai en compétition,
- A être soigné(e) par un médecin si nécessaire dans le cadre de compétitions et activités fédérales,
- A 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 décision médicale d'urgence, la ou les personnes à contacter sont :

Nom : Prénom :

Coordonnées :

CE DOCUMENT EST OBLIGATOIRE POUR PARTICIPER AUX COMPETITIONS FSASPTT-AFMT.

Date et lieu :

Signature :



**Académie Française de Muay Thai
2024-2025**



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU
MUAY THAÏ EN COMPETITION (AVEC KO AUTORISE)**

Je soussigné, Docteur
(En lettres capitales)

Certifie avoir examiné le
(Date de l'examen)

Certifie avoir examiné Né(e) le
(Mentionner le nom et prénom)

Et ne pas avoir constaté, à la date de ce jour, de signes apparents, contre-indiquant la pratique du muay thaï en compétition (avec KO autorisé).

Fait à : Le :

Signature et cachet du médecin

**EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU
MUAY THAI EN COMPETITION (AVEC KO AUTORISE)**

Examen clinique type :

Taille : Poids :

Examen morpho-statique :

- Rachis :
- MI :
- MS :

Appareil cardio-vasculaire :

- FC de repos :
- TA de repos :

Auscultation cardiaque :

Examen pulmonaire :

Examen ostéoarticulaire :

Examen neurologique et de santé mentale :

Examen stomatologique :

Examen O.R.L. :

Examen génito-urinaire :

Examen dermatologique :

Anomalies des annexes :

EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE SPECIALISE

Contre-indications absolues :

- Chirurgie intra oculaire et réfractaire
- Amblyopie acuité inférieure à 3/10 avec correction ou 6/10 ODG
- Myopie supérieure à 3,5 dioptries

1. Acuité visuelle (notée en toutes lettres et sans surcharges en dixième avec éventuelle formule de correction)

	Sans correction	Formule de correction	Avec correction
Œil droit			
Œil gauche			

- 2. **Champ visuel**
- 3. **Tonus oculaire**
- 4. **Motilité oculaire**
- 5. **Vision binoculaire**
- 6. **Milieus transparents**
- 7. **Fond d'œil (examen aux 3 miroirs)**
- 8. **Anomalie d'ordre pathologique**

Décisions du spécialiste en ophtalmologie :

Je soussigné Docteur spécialiste en ophtalmologie

Certifie avoir examiné le

M ou Mme :

Et ne pas avoir constaté de signes ophtalmologiques apparents contre-indiquant la pratique du muay thaï en compétition (avec KO autorisé).

Fait à : Le

Signature du médecin avec le cachet