FICHE D'INSCRIPTION 2026 /2027

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

278 AVENUE DU MÔLE, 74130 AYZE

PHOTO D'IDENTITÉ OBLIGATOIRE

SEXE : ☐ F ☐ M

NOM : .....

PRÉNOM : .....

NÉ(E) LE : .....

NÉ(E) À : .....

NATIONALITÉ : .....

PROFESSION : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTALE : .....

VILLE : .....

TÉL : .....

MAIL : .....

DROIT À L'IMAGE : .....

SOUSCRIPTION ASSURANCE : ☐ OUI (30€ L'ANNÉE)

☐ NON (FORMULAIRE CI JOINT À REMPLIR)

☐ MÈRE *(POUR LES MINEURS)*

NOM : .....

PRÉNOM : .....

TÉL : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTALE : .....

VILLE : .....

☐ PÈRE *(POUR LES MINEURS)*

NOM : .....

PRÉNOM : .....

TÉL : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTALE : .....

VILLE : .....

PERSONNE À PREVENIR :

NOM : .....

PRÉNOM : .....

TÉL : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTALE : .....

VILLE : .....

TARIFS : *(LE RÉGLEMENT EST À FOURNIR LE JOUR DE L'INSCRIPTION AVEC LE DOSSIER COMPLET, POSSIBILITÉ DE PAYÉ EN PLUSIEURS FOIS JUSQU'A 2 CHÈQUES OU ESPÈCES APRÉS 2 COURS D'ENTRAINEMENTS ÉFFECTUÉ SANS PAIEMENT JE SERAI DANS L'OBLIGATION DE VOUS INTERDIRE L'ACCÈS AU SEIN DU CLUB.)*

☐ 100€ / MENSUEL ☐ 350€ / -17 ANS ☐ 400€ / ADULTES

MODE DE PAIEMENT : ☐ ESPÈCES ☐ N° DE CHÈQUE : ..... ☐ N° PASS'SPORT : .....

☐ 2ÈME PAIEMENT : .....

DATE : .....

TOUS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES MERCI DE BIEN LES REMPLIR AINSI QUE LA PHOTO

DOSSIER INCOMPLET, JE VOUS REFUSERAI L'ACCÈS

ATTESTATION DE REFUS D'ADHÉSION À L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

Association : .....

Je soussigné(e),

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Déclare :

1 - Avoir été informé(e) par l'association de boxe de la possibilité de souscrire à l'assurance proposée dans le cadre de la pratique des activités sportives.

2 - Avoir reçu les informations relatives aux garanties offertes par cette assurance ainsi qu'à l'intérêt de souscrire une couverture individuelle en cas d'accident corporel.

3 - Choisir, en toute connaissance de cause, de ne pas adhérer à cette assurance complémentaire.

4 - Reconnaître qu'en cas d'accident, je prendrai personnellement en charge les conséquences financières non couvertes par mes propres contrats d'assurance.

5 - Attester être couvert(e) par une assurance responsabilité civile personnelle (à fournir).

Je reconnais également avoir été informé(e) de l'intérêt de souscrire une assurance individuelle accident couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer et refuse d'y adhérer.

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature du pratiquant :

Signature du représentant légal (pour les mineurs) :

Nom et signature :

ATTESTATION DE PRISE DE CONNAISSANCE ET D'ENGAGEMENT À RESPECTER LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR 2026/2027

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Pour les adhérents mineurs :
Nom et prénom du représentant légal :

.....

Rappel des équipements obligatoires

- ☑ **Coquille (filles et garçons)**
- ☑ **Protège-tibias**
- ☑ **Protège-dents**
- ☑ **Gants de boxe**
- ☑ **Une petite serviette**
- ☑ **Une Gourde**
- ☑ **Corde à sauter**

atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du **Khongkaen Gym**, des consignes de sécurité ainsi que des règles de fonctionnement du club.

Je reconnais avoir été informé(e) notamment des points suivants :

- Respect des entraîneurs, des dirigeants, des bénévoles et des autres adhérents.
- Respect des horaires des entraînements.
- Port obligatoire des protections demandées par le club.
- Respect du matériel, des locaux et des équipements.
- Respect des règles d'hygiène et de sécurité.
- Interdiction de tout comportement violent, insultant ou dangereux.
- Obligation de signaler tout problème de santé pouvant avoir une incidence sur la pratique sportive.
- Respect des décisions prises par les entraîneurs concernant la sécurité des pratiquants.

Je m'engage à respecter l'ensemble de ces règles pendant toute la durée de mon adhésion.

Pour les adhérents mineurs, je m'engage également à les faire respecter par mon enfant.

Je reconnais avoir été informé(e) que tout manquement grave ou répété au règlement intérieur pourra entraîner des sanctions pouvant aller jusqu'à l'exclusion du club, conformément aux dispositions prévues par celui-ci.

Fait à :.....

Le : ..... / ..... / 20.....

Signature de l'adhérent majeur
(Précédée de la mention "Lu et approuvé")

Pour un adhérent mineur
Nom du représentant légal :

.....

Signature
(Précédée de la mention "Lu et approuvé")

AUTORISATION / REFUS DE DROIT À L'IMAGE 2026/2027

INFORMATIONS DE L'ADHÉRENT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

POUR LES MINEURS :

Nom et prénom du représentant légal :
_____

DROIT À L'IMAGE

Dans le cadre des activités du club (entraînements, stages, compétitions, démonstrations, événements, remises de récompenses, etc.), des photographies et/ou des vidéos peuvent être réalisées.

Ces images pourront être utilisées uniquement dans le but de promouvoir les activités du club, notamment sur :

- Les réseaux sociaux du club (Facebook, Instagram, TikTok, etc.)
- Le site internet du club
- Les affiches, flyers et supports de communication
- La presse locale et les publications de partenaires
- Tout autre support de communication lié exclusivement aux activités du club

Aucune utilisation commerciale des images ne sera réalisée sans autorisation spécifique.

CHOIX DE L'ADHÉRENT

Je soussigné(e) :

☐ **AUTORISE** le club à utiliser mon image (ou celle de mon enfant) dans les conditions décrites ci-dessus.
☐ **N'AUTORISE PAS** le club à utiliser mon image (ou celle de mon enfant).

Je comprends que ce choix sera respecté par le club et pourra être modifié à tout moment par une demande écrite.

Fait à : _____

Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent majeur
(Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Pour un adhérent mineur
Nom du représentant légal :_____
(Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Académie Française de Muay Thaï
2026-2027

Autorisation parentale de pratique et de soins en plein contact pour la catégorie Juniors

Je soussigné(e) :.....

❑ Père ❑ Mère ❑ Responsable Légal

AUTORISE

Mon enfant : .....
(Nom, Prénom, N° de licence)

- A pratiquer le Muay Thaï 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 Thaï
2026-2027

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. Milieux 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

Académie Française de Muay Thaï
2026-2027

EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU MUAY THAÏ 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 : .....

Académie Française de Muay Thaï
2026-2027

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

PLANNING KHONGKAEN

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
	CARDIO BOXING 18H30-19H30 *(MOUVEMENT DE BOXE SANS PARTENAIRE)*	**MUAY THAI** 18H-19H *(ENFANTS)*	**CARDIO BOXING** 18H30-19H30 *(MOUVEMENT DE BOXE SANS PARTENAIRE)*	**MUAY THAI** 18H-19H *(ENFANTS)*	
MUAY THAI 19H-20H00 *(ADULTES)*	**MUAY THAI** 19H30-20H30 *(ADOS)*	**MUAY THAI** 19H-20H00 *(ADULTES)*	**MUAY THAI** 19H30-20H30 *(ADOS)*	**MUAY THAI** 19H-20H00 *(ADULTES)*	
MUAY THAI 20H-21H00 *(COMPÉTITEURS)*		**MUAY THAI** 20H-21H00 *(COMPÉTITEURS)*		**MUAY THAI** 20H-21H00 *(COMPÉTITEURS)*	@KHONGKAEN06