

**FEDERATION DE KICK BOXING**  
**ET DISCIPLINES ASSOCIEES**

---

**KICK-BOXING**



Intitulé de la Manifestation Sportive : .....

Lieu :

Date :

**Nom et prénom du Superviseur Fédéral :** .....

N° de passeport : .....

Adresse : .....

Ville : .....Code Postal : .....

Téléphone : .....Mobile : .....

E-Mail : .....

Officiels :

-  
-  
-  
-  
-

N° Passeport :

N° Passeport :

N° Passeport :

N° Passeport :

N° Passeport :

Médecin (s) :

-

**A renvoyer sous 48 heures à : [federationkickboxing@gmail.com](mailto:federationkickboxing@gmail.com)**

<b>FEUILLE DE PESEE ET DE CONTROLE MEDICAL</b>
--

	<b>CATEGORIE DE POIDS / CLASSE</b>	<b>NOM &amp; PRENOM</b>	<b>PASSEPORT</b>	<b>POIDS</b>	<b>TENSION</b>	<b>APTE</b>
1		_____	_____	_____	_____	_____
2		_____	_____	_____	_____	_____
3		_____	_____	_____	_____	_____
4		_____	_____	_____	_____	_____
5		_____	_____	_____	_____	_____
6		_____	_____	_____	_____	_____
7		_____	_____	_____	_____	_____
8		_____	_____	_____	_____	_____
9		_____	_____	_____	_____	_____
10		_____	_____	_____	_____	_____
11		_____	_____	_____	_____	_____
12		_____	_____	_____	_____	_____

**Signature :**

**Médecin :** (Nom / Prénom +Cachet)  
*Tampon du médecin obligatoire*

	<b>ARBITRE</b>	<b>JUGE 1</b>	<b>JUGE 2</b>	<b>JUGE 3</b>	<b>SUPERVISEUR</b>	<b>DECISION</b>
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

**Signature :**

**Superviseur :**  
(Nom / Prénom)

# PROCES VERBAL DE MANIFESTATION SPORTIVE

## QUESTIONNAIRE

L'Organisation : + = -  
La Sécurité : + = -

L'organisateur : + = -  
Les Combats : + = -

Légende : « + » très bien ou bien      « = » Moyen      « - » Mauvais ou très mauvais

**Evénement Grave ou inattendu :** .....OUI    NON

**KO Sérieux :** .....OUI    NON      **Réclamation(s) ....** OUI    NON

Si vous répondez par « - » ou par « oui » au questionnaire général, indiquez succinctement, ci-dessous, la raison qui a motivé votre réponse.  
Dans le cas contraire la mention « RAS » suffit.

REMARQUES : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Nom du Combattant mis KO :** .....      Prénom : .....

Club: .....      N° Affiliation: .....

N° de Téléphone : .....

**Décision du médecin :** .....

.....

**Nom du Combattant mis KO :** .....      Prénom : .....

Club : .....      N° Affiliation : .....

N° de Téléphone : .....

**Décision du médecin :** .....

.....

**Nom du Combattant mis KO :** .....      Prénom : .....

Club : .....      N° Affiliation : .....

N° de Téléphone : .....

**Décision du médecin :** .....

.....

**Nom du Combattant mis KO :** .....      Prénom : .....

Club : .....      N° Affiliation : .....

N° de Téléphone : .....

**Décision du médecin :** .....

.....

**Signature :**

**Superviseur :**  
(Nom / Prénom)

**Médecin :**  
(Nom / Prénom +Cachet)  
**Tampon du médecin obligatoire**