

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 :

Médecin (s) :

-

A renvoyer sous 48 heures à : federationkickboxing@gmail.com

FEUILLE DE PESEE ET DE CONTROLE MEDICAL
--

	CATEGORIE DE POIDS / CLASSE	NOM & PRENOM	PASSEPORT	POIDS	TENSION	APTE
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

Signature :

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

	ARBITRE	JUGE 1	JUGE 2	JUGE 3	SUPERVISEUR	DECISION
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