



FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

CERTIFICAT **MEDICAL** D'ABSENCE DE
CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE LA **BOXE AMATEUR**



Le certificat doit être établi par un médecin titulaire du Doctorat d'Etat et rempli complètement :

Signature, n° RPPS et cachet professionnel du praticien obligatoires.

Note à l'usage du médecin examinateur :

- Ne pas omettre d'apposer votre signature et votre cachet dans le cadre « certificat médical » prévu ci-dessous à cet effet.
- L'obtention du certificat médical est la conclusion d'un examen médical qui engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat.
- La licence de boxe amateur ne peut être délivrée à un postulant ayant atteint l'âge de **40 ans** au 1^{er} septembre de la saison en cours
- Pour les postulants ayant atteint l'âge de **32 ans** au 1^{er} septembre de la saison en cours, la demande de licence nécessite des examens complémentaires décrits dans **l'annexe médicale jointe**.
- Le candidat à la pratique de la boxe doit subir une visite médicale obligatoire qui établira la normalité de l'examen clinique.
- Tout(e) postulant(e) qui sollicite une licence doit signaler au médecin auquel il(elle) demande ce certificat, toute anomalie dans son état physique ou toute malformation congénitale ou acquise qu'il(elle) pourrait présenter.

FFBoxe – certificat d'absence de contre-indication médicale à la pratique de la BOXE AMATEUR

Je soussigné(e)* :

Certifie que :

M, Mme (Prénom et NOM) * :Né(e)*:/...../.....

A bien effectué les examens **médicaux obligatoires** décrits dans l'annexe jointe

Pour toutes demandes :

Date de l'examen clinique : .../.../.... Date de de l'examen ophtalmologique : .../.../....

Examens complémentaires pour les + de 32 ans :

Date de l'ECG d'effort : .../.../.... (à la 1^{ère} demande ou renouvellement)

Date de de l'Angio-IRM cérébrale : .../.../.... (Valable 3 saisons sportives)

Et ne présente pas de contre-indication médicale, décelable ce jour, à la pratique de la **BOXE AMATEUR**

Si tel n'est pas le cas, cochez l'une des cases correspondantes ci-après :

Présente une contre-indication médicale à la pratique de la **boxe amateur**

Demande l'avis médical fédéral et transmet un compte-rendu médical au médecin fédéral à l'adresse suivante : maryannickmachard@wanadoo.fr

Date : .../.../.... Signature et cachet **obligatoires** du médecin :

N° RPPS :
N° d'Inscription à l'Ordre des
Médecins

*informations obligatoires