



EXAMEN OPHTALMOLOGIE OBLIGATOIRE TOUS LES ANS
Cet examen doit être établi par une MEDECIN OPHTALMOLOGISTE

Madame, Monsieur, cher confrère,
Merci de bien vouloir remplir avec soin le présent certificat.
Seul le médecin fédéral aura accès à ces informations, le secret médical sera préservé.

Nom du Postulant :

Prénom :

<p>CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES</p> <p>Chirurgie intra-oculaire et/ou réfractive (strabisme excepté) Amblyopie inférieure à 3/10 avec correction Myopie supérieure à 3,5 dioptries. Cataracte – Cécité Décollement de rétine</p>

① Acuité visuelle **obligatoire** en toute lettre sans surcharge en dixièmes et éventuellement avec **Correction**.

	Sans correction	Formule de la correction	Avec correction
Œil droit			
Œil gauche			

② Champs visuel (au doigt)

③ Tonus oculaire

④ Motilité oculaire

⑤ Vision Binoculaire.....

⑥ Milieux transparents.....

⑦ Fond d'œil (verre à 3 miroirs)

Justification d'un traitement laser

⑧ Observation.....

.....

.....

Je soussigné Dr

Ophthalmologiste, Certifie que M.

Ne présente à ce jour aucune contre-indication ophtalmologique à la pratique de la Boxe Professionnelle (entraînement et combat).

Délivré à : Date.....

<p>Cachet du médecin indiquant NOM ET ADRESSE OBLIGATOIRE</p>
--

Signature du médecin N° RPPS