

Note à l'usage du médecin examinateur :

- **Tout certificat incomplet sera automatiquement refusé ;**
- Le certificat doit être complètement rempli et obligatoirement établi par un médecin titulaire du Doctorat d'État, exerçant en France ;
- Il doit impérativement comporter la date, le lieu, la signature, le numéro RPPS et le cachet professionnel mentionnant le nom du praticien ;
- L'obtention du certificat médical est la conclusion d'un examen médical qui engage la responsabilité du médecin signataire ;
- Le candidat à la pratique de la boxe doit subir une visite médicale obligatoire qui établira la normalité de l'examen clinique ;
- 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 ;
- Tout(e) postulant(e) qui sollicite une licence doit signaler au médecin auquel il(elle) demande ce certificat, ses antécédents notables, toute anomalie dans son état physique ou toute malformation congénitale ou acquise qu'il(elle) pourrait présenter ;
- Tout(e) postulant(e) doit se présenter avec les comptes-rendus des examens médicaux obligatoires (épreuve d'effort, angio-IRM...) ;

Il appartient au médecin consulté de vérifier les antécédents : médicaux, fracturaires, chirurgicaux, et particulièrement :

Pathologies neurologiques (méningite, encéphalite, épilepsie, perte de connaissance, céphalées, troubles de l'équilibre, traumatisme crânien), pathologies respiratoires (asthme, tuberculose évolutive), pathologies cardio-vasculaires, pathologies rénales et uro-génitales, pathologies endocriniennes ou diabétiques, pathologies hématologiques (en particulier les troubles de la coagulation), pathologies psychiatriques (troubles du comportement ou de la personnalité), pathologies dermatologiques, prothèses, traitements médicaux au long cours, vaccinations (DTP et Hépatite B).

Antécédents familiaux : Décès avant 40 ans chez les hommes ou avant 50 ans chez les femmes.

Ces éléments ne sont en aucun cas exhaustifs. Il appartient au médecin de déterminer tout examen complémentaire qu'il jugera utile.

Conditions d'attribution :

- **Examen général** : Taille – Poids – Pression artérielle – Pouls – Cardio-respiratoire (auscultation cardio-pulmonaire, Ruffier-Dickson) – Neurologique – ORL – Stomatologique – Abdominale – Génito-urinaire – Dermatologique – Aires ganglionnaires – Appareil locomoteur (rachis, membres supérieurs et inférieurs) ...
- **Pour les postulants ayant 32 à 39 ans au 1^{er} septembre de la saison en cours** : une angio IRM cérébrale (valable 2 saisons sportives consécutives) et une épreuve d'effort cardiaque qui doit être maximale (valable 2 saisons sportives consécutives).

Contre-indications :

- **Toutes les contre-indications médicales au sport s'appliquent à la boxe, auxquelles s'ajoutent en particulier** : Antécédents de coma ou de lésions cérébrales – Troubles de la coordination motrice – Troubles de l'équilibre – Troubles du tonus musculaire – Troubles psychiques – Asthme, diabète (à l'appréciation du médecin examinateur et/ou de la Commission Médicale Nationale) – Absence d'un organe pairs (sur avis de la commission médicale).
- **Contre-indications absolues** : Épilepsie, antécédent neurochirurgical, chirurgie ophtalmologique y compris réfractive, hépatites B ou C, VIH, Implant mammaire.

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

Je, soussigné(e) (prénom et nom obligatoires) :

Certifie avoir pris connaissance de l'ensemble des contre-indications ainsi que des conditions d'attribution d'une licence de boxe amateur et que :

Mr, Mme (prénom et nom obligatoires) :

Date de naissance (obligatoire) :/...../..... Poids (obligatoire) : Kg

A bien effectué les examens **médicaux obligatoires**.

Pour toutes demandes :

- Examen clinique, sans anomalie notable, pratiqué le :/...../.....(**obligatoire**)
- Examen ophtalmologique, sans anomalie notable, valable 2 années consécutives, pratiqué le :/...../.....(**obligatoire**)

Pour les postulants ayant 32 à 39 ans au 1^{er} septembre de la saison en cours :

- Épreuve d'effort cardiaque maximale, **sans anomalie**, valable 2 années consécutives, pratiquée le :/...../..... (**obligatoire**)
- Angio-IRM cérébrale, **sans anomalie**, valable 2 années consécutives, pratiquée le :/...../..... (**obligatoire**)

☐ Ne présente pas de contre-indication médicale, décelable ce jour, à la pratique de la **BOXE AMATEUR en compétition** ;

☐ Présente une contre-indication médicale à la pratique de la **BOXE AMATEUR** ;

☐ Demande l'avis du médecin fédéral national (compte-rendu médical si possible) à l'adresse suivante : certificat.medical@ff-boxe.com

Certificat établi le :/...../.....

À

Signature et cachet avec nom et prénom du médecin (**obligatoire**)

N° RPPS :

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