

# EXAMEN MEDICAL OBLIGATOIRE TOUS LES ANS



Madame, Monsieur, cher confrère,

Seul le médecin fédéral aura accès à ces informations, le secret médical sera préservé.

Merci de bien vouloir remplir avec soin le présent certificat.

Tout certificat incomplet sera automatiquement refusé

Vous trouverez en page 2 la liste des examens à prescrire.

Nom du Postulant : .....

Prénom : .....

Antécédents Personnels :

- Antécédents Médicaux : lister.....  
.....
- Antécédents Fracturaires : lister .....  
.....
- Antécédents Chirurgicaux : lister .....  
.....
- Antécédents d'Hospitalisation : lister .....  
.....

Traitements médicaux habituels : ☐ OUI ☐ NON

Si oui lesquels : .....

Antécédents Familiaux (case à cocher)

Décès avant 40 ans chez les hommes ☐

Décès avant 50 ans chez les femmes ☐

Vaccinations obligatoires

DTpolio : date ...../...../.....

Hépatite B : date ...../...../.....

Anticorps anti HBS

Date : ...../...../..... Taux : .....

Taille ..... cm

Poids ..... kg

Pouls ..... bpm

TA..... mmHg

A signaler : .....

Je soussigné .....

Docteur en médecine certifie que le ou la nommé(e) : .....

Ne présente aucune contre-indication à la pratique de la **Boxe Professionnelle**. (Entraînements et combats).

Délivré à : ..... Date : .....

**Cachet du médecin indiquant  
NOM ET ADRESSE OBLIGATOIRE**

**Signature du médecin N° RPPS**

## **EXAMENS MEDICAUX**

### **LICENCES BOXE PROFESSIONNELLE**

**Les examens doivent être réalisés à partir du 1<sup>er</sup> janvier et sont valables jusqu'au 31 décembre**

Tous les boxeurs, quel que soit leur âge, doivent fournir, chaque année, la totalité des examens suivants :

- Bilan médical.
- Bilan ophtalmologique.
- Bilan biologique : NFS – Plaquettes – CRP – Glycémie à jeun – Créatininémie – Transaminases – Ferritine – Hématurie – Protéinurie – Glycosurie.
- Sérologies ; VIH, hépatite A, hépatite B et hépatite C.
- Angio-IRM cérébrale à la recherche, en particulier, de micro-saignements ou d'anomalies vasculaires.
- Épreuve d'effort cardiaque qui doit être maximale (> 80%).

### **Exigences particulières**

• **Combat à l'étranger hors compétition** (Sortie de territoire)

- Bilan médical de moins d'un an.
- Bilan ophtalmologique de moins d'un an.
- Sérologies ( VIH, hépatite A, hépatite B et hépatite C) de moins de trois mois (au jour du combat).
- Angio-IRM cérébrale de moins d'un an.
- Épreuve d'effort cardiaque de moins d'un an.

• **Ceintures internationales, titres mondiaux**

- Bilan médical de moins d'un an.
- Bilan ophtalmologique de moins d'un an.
- Sérologies ( VIH, hépatite A, hépatite B et hépatite C) de moins de trois mois (au jour du combat).
- Angio-IRM cérébrale de moins d'un an.
- Épreuve d'effort cardiaque de moins d'un an.
- Pour les femmes : Test de grossesse sanguin de moins de sept jours (au jour du combat).

• **Titres européens (EBU et EBU Silver)**

- Bilan médical de moins d'un an.
- Bilan ophtalmologique de moins d'un an.
- Sérologies ( VIH, hépatite A, hépatite B et hépatite C) de moins de vingt-huit jours (au jour du combat).
- Angio-IRM cérébrale de moins d'un an.
- Épreuve d'effort cardiaque de moins d'un an.
- Pour les femmes : Test de grossesse sanguin de moins de sept jours (au jour du combat).

Madame, Monsieur, cher confrère,

**Seul le médecin fédéral aura accès à ces informations, le secret médical sera préservé.**

Merci de bien vouloir remplir avec soin le présent certificat.

Tout certificat incomplet sera automatiquement refusé

Nom du Postulant : .....

Prénom : .....

## CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES

### Chirurgie intra-oculaire

**Chirurgie réfractive** : excepté pour strabisme ou par photokératectomie (PKR) avec myopie inférieure à 4,5 dioptries avant la chirurgie

**Amblyopie** inférieure à 3/10 avec correction

**Myopie** supérieure à 4,5 dioptries

**Cataracte - Cécité - Décollement de rétine**

- ❶ 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			

- ❷ Champs visuel (au doigt) .....

- ❸ Tonus oculaire .....

- ❹ Motilité oculaire .....

- ❺ Vision Binoculaire .....

- ❻ Milieux transparents .....

- ❼ Fond d'œil (verre à 3 miroirs) .....

Justification d'un traitement laser .....

- ❽ Observation .....

.....

.....

Je soussigné Docteur .....

Ophtalmologiste, certifie que Mr/Mme .....

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

Délivré à : ..... Date .....

**Cachet du médecin indiquant  
NOM ET ADRESSE OBLIGATOIRE**

**Signature du médecin N° RPPS**



# FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

CERTIFICAT MEDICAL NEUROLOGIQUE  
BOXEUR PROFESSIONNEL AYANT PLUS DE 40 ANS



**NB : Ce certificat est valable jusqu'au 31 décembre de l'année en cours, quelle que soit la date à laquelle il a été établi.**

**Note à l'attention du médecin examinateur :**

- Ce certificat doit être obligatoirement établi par un médecin spécialiste en neurologique, titulaire du Doctorat d'État et exerçant en France ;
- Ce certificat est demandé à des boxeurs professionnels ayant plus de 40 ans ;
- Le praticien peut demander tous les examens complémentaires qui lui sembleraient utiles ;
- Les certificats qui ne sont pas entièrement remplis avec, en particulier, la signature et le cachet personnel du cardiologue mentionnant le nom et les coordonnées de ce dernier, seront refusés et la licence ne sera pas délivrée.

*Cher confrère,*

*Merci de pratiquer un examen neurologique à la recherche de signes précoces d'encéphalopathie traumatique chronique, en particulier :*

- *Déficience cognitive ;*
- *Troubles de l'humeur ou anomalies comportementales ;*
- *Anomalies motrices ;*

## FFBoxe – Certificat d'absence de contre-indication neurologique à la pratique de la boxe professionnelle

**Observations :**

Je soussigné(e) Docteur (prénom et nom **obligatoires**) : .....

Certifie que M., Mme (prénom et nom **obligatoires**) : .....

Date de naissance (**obligatoire**) : ...../...../.....

**Ne cocher qu'une seule case.**

☐ Ne présente pas de contre-indication neurologique, décelable ce jour, à la pratique de la **BOXE PROFESSIONNELLE**.

☐ Présente une contre-indication neurologique à la pratique de la **BOXE PROFESSIONNELLE**.

Certificat établi le : ...../...../.....

À .....

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

N° RPPS : .....

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

**Note à l'attention du médecin examinateur :**

- Ce certificat est demandé par le médecin de ring ayant suspecté une commotion cérébrale ;
- Ce certificat doit être obligatoirement établi par un médecin titulaire du Doctorat d'État et exerçant en France ;
- Le praticien peut demander tous les examens complémentaires qui lui sembleraient utiles ;
- Les certificats qui ne sont pas entièrement remplis avec, en particulier, la signature et le cachet personnel du médecin mentionnant le nom et les coordonnées de ce dernier, seront refusés et le boxeur ne pourra pas reprendre la pratique (entraînements et combats) ;

*Cher confrère,*

*Merci de pratiquer un examen neurologique chez Mr/Mme : (prénom et nom obligatoires) : .....*

*Boxeur amateur / Boxeur professionnel (barrer la mention inutile).*

*Lors d'un combat qui a eu lieu le ..... à .....*

*Ce boxeur a subi un traumatisme crânien sans perte de connaissance / avec perte de connaissance ayant duré ..... minutes  
(barrer la mention inutile).*

*Symptômes et examen clinique après le combat :*

**FFBoxe – Certificat de reprise de la pratique de la boxe (entraînements et combats)**

Observations :

Je soussigné(e) Docteur (prénom et nom **obligatoires**) : .....

Spécialité : .....

Certifie que M., Mme (prénom et nom **obligatoires**) : .....

Date de naissance (**obligatoire**) : ...../...../.....

**Ne cocher qu'une seule case.**

☐ Ne présente pas de contre-indication neurologique, décelable ce jour, pour la reprise de la pratique de la **BOXE**.

Date de la reprise : ...../...../.....

☐ Présente une contre-indication neurologique **temporaire / définitive** (barrer la mention inutile) à la pratique de la **BOXE**.

Conditions pour une éventuelle reprise :

Certificat établi le : ...../...../..... À .....

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

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