

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 :