

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