

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.

Saison 2026-2027

Nom du postulant : .....

Prénom du postulant : .....

## 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**

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(e) Docteur .....

Ophthalmologiste, 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 personnel du médecin indiquant  
NOM ET ADRESSE OBLIGATOIRE**

**Signature du médecin N° RPPS**