

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.

Année 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