FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

CERTIFICAT MÉDICAL **ANNUEL** D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DE LA **BOXE AMATEUR**

Saison 2026-2027

Note à l'usage du médecin examinateur :

- **Tout certificat incomplet sera automatiquement refusé ;**
- Le certificat doit être complètement rempli et obligatoirement établi par un médecin titulaire du Doctorat d'État, exerçant en France ;
- Il doit impérativement comporter la date, le lieu, la signature, le numéro RPPS et le cachet personnel mentionnant le nom du praticien ;
- L'obtention du certificat médical est la conclusion d'un examen médical qui engage la responsabilité du médecin signataire ;
- Le candidat à la pratique de la boxe doit subir une visite médicale obligatoire qui établira la normalité de l'examen clinique ;
- La licence de boxe amateur ne peut être délivrée à un postulant ayant atteint l'âge de **40 ans** au 1er septembre de la saison en cours ;
- Tout(e) postulant(e) qui sollicite une licence doit signaler au médecin auquel il(elle) demande ce certificat, ses antécédents notables, toute anomalie dans son état physique ou toute malformation congénitale ou acquise qu'il(elle) pourrait présenter ;
- Tout(e) postulant(e) de plus de 32 ans doit **obligatoirement** présenter les comptes-rendus des examens médicaux obligatoires (bilan cardiologique pratiqué par un cardiologue et angio-IRM cérébrale) ;

Il appartient au médecin consulté de vérifier les antécédents : médicaux, fracturaires, chirurgicaux, et particulièrement :
Pathologies neurologiques (méningite, encéphalite, épilepsie, perte de connaissance, céphalées, troubles de l'équilibre, traumatisme crânien), pathologies respiratoires (asthme, tuberculose évolutive), pathologies cardio-vasculaires, pathologies rénales et uro-génitales, pathologies endocriniennes ou diabétiques, pathologies hématologiques (en particulier les troubles de la coagulation), pathologies psychiatriques (troubles du comportement ou de la personnalité), pathologies dermatologiques, prothèses, traitements médicaux au long cours, vaccinations (DTCP et Hépatite B).
Antécédents familiaux : Décès avant 40 ans chez les hommes ou avant 50 ans chez les femmes.
Ces éléments ne sont en aucun cas exhaustifs. Il appartient au médecin de demander tout examen complémentaire qu'il jugera utile.

Conditions d'attribution :

- **Examen général** : Taille – Poids – Pression artérielle – Pouls – Cardio-respiratoire (auscultation cardio-pulmonaire) – Neurologique – ORL – Stomatologique – Abdominale – Génito-urinaire – Dermatologique – Aires ganglionnaires – Appareil locomoteur (rachis, membres supérieurs et inférieurs) …
- **Pour les postulants ayant 32 à 39 ans au 1er septembre de la saison en cours :** une angio IRM cérébrale (valable 3 saisons sportives consécutives) et un bilan cardiologique (valable 3 saisons sportives consécutives).

Contre-indications :

- Antécédents de lésions cérébrales – Antécédent neurochirurgical - Troubles de la coordination motrice – Troubles de l'équilibre – Troubles du tonus musculaire – Troubles psychotiques non stabilisé et absence d'un organe pair (sur avis de la commission médicale).
- **Contre-indications absolues :** Épilepsie non stabilisée, hépatite B (ag HBs positif), hépatite C, VIH, chirurgie ophtalmologique y compris réfractive (excepté pour strabisme ou par photokératectomie (PKR) avec myopie inférieure à 4,5 dioptries avant la chirurgie)

FFBoxe – Certificat d'absence de contre-indication médicale à la pratique de la BOXE AMATEUR

Je soussigné(e) Docteur (prénom et nom obligatoires) : ……

Certifie avoir pris connaissance de l'ensemble des contre-indications ainsi que des conditions d'attribution d'une licence de boxe amateur et que :

Mr, Mme (prénom et nom obligatoires) : ……

Date de naissance obligatoire …../…../…… Poids (obligatoire) : …… kg

A bien effectué les examens médicaux obligatoires **(le postulant doit impérativement présenter les examens obligatoires au médecin)**.

Pour les postulants ayant 32 à 39 ans au 1er septembre de la saison en cours :

- Bilan cardiologique pratiqué par un cardiologue, valable 3 ans, **sans anomalie**, pratiqué le : …../…../…… (**Obligatoire)**
- Angio-IRM cérébrale, valable 3 ans, **sans anomalie**, pratiquée le : …../…../…….. (**Obligatoire)**

Ne cocher qu'une seule case :

❑ Ne présente pas de contre-indication médicale, décelable ce jour, à la pratique de la **BOXE AMATEUR en compétition**

❑ Présente une contre-indication médicale à la pratique de la **BOXE AMATEUR**

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

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

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

Fédération Française de Boxe – Tour Essor – 14 rue Scandicci – 93500 Pantin
Téléphone : 0149422369 - 0149422371 – Mail : certificat.medical@ff-boxe.com

FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

CERTIFICAT MEDICAL **OPHTALMOLOGIQUE** ANNUEL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DE LA **BOXE AMATEUR**

Saison 2026-2027

Note à l'usage du médecin examinateur :

- **Tout certificat incomplet sera automatiquement refusé ;**
- Le certificat doit être complètement rempli et obligatoirement établi par un médecin spécialiste en ophtalmologie, titulaire du Doctorat d'État et exerçant en France ;
- Il doit obligatoirement comporter la date, le lieu, la signature, le numéro RPPS et le cachet personnel mentionnant le nom du praticien ;
- L'obtention du certificat médical est la conclusion d'un examen ophtalmologique qui engage la responsabilité du médecin signataire ;
- Le candidat à la pratique de la boxe doit subir une visite médicale obligatoire qui établira la normalité de l'examen ophtalmologique ;
- La licence de boxe amateur ne peut être délivrée à un postulant ayant atteint l'âge de **40 ans** au 1er septembre de la saison en cours ;
- Tout(e) postulant(e) qui sollicite une licence doit signaler au médecin auquel il(elle) demande ce certificat, ses antécédents notables, toute anomalie dans son état physique ou toute malformation congénitale ou acquise qu'il(elle) pourrait présenter ;
- L'examen ophtalmologique doit impérativement être pratiqué après le 1er juillet précédant la saison sportive ;

L'examen ophtalmologique devra impérativement comporter :

Mesure de l'acuité visuelle (avec et sans correction) – Appréciation du champ visuel (au doigt) – Mesure du tonus oculaire – Étude de la motilité oculaire et de la vision binoculaire – Examen des milieux transparents – Examen du fond d'œil après dilatation pupillaire (verre à trois miroirs) – Gonioscopie.

Les lésions de la périphérie rétinienne peuvent contre-indiquer la pratique de la boxe amateur ou nécessiter un traitement laser.
Dans cette éventualité, le certificat de non contre-indication ne sera délivré qu'à la suite d'un contrôle effectué à distance des séances de laser.

L'avis de la Commission Nationale Médicale peut éventuellement être sollicité.
Le port des lentilles souples est autorisé durant les entraînements et les combats.

Contre-indications ophtalmologiques absolues :

Amblyopie inférieure à trois dixièmes à l'un des 2 yeux, avec correction – Myopie supérieure à 4,5 dioptries à l'un des 2 yeux – Cataracte – Cécité – Décollement de la rétine – Chirurgie intra-oculaire ou réfractive (excepté pour strabisme ou par photokératectomie (PKR) avec myopie inférieure à 4,5 dioptries avant la chirurgie)

FFBoxe – Certificat d'absence de contre-indication ophtalmologique à la pratique de la BOXE AMATEUR

Je soussigné(e) Docteur (prénom et nom obligatoires) : ……

Certifie avoir pris connaissance de l'ensemble des contre-indications ainsi que de conditions d'attribution d'une licence de boxe amateur et que :

Mr, Mme (prénom et nom obligatoires) : ……

Date de naissance (obligatoire) ……/……/……

Ne cocher qu'une seule case :

❑ Ne présente pas de contre-indication ophtalmologique, décelable ce jour, à la pratique de la **BOXE AMATEUR.**

❑ Présente une contre-indication ophtalmologique à la pratique de la **BOXE AMATEUR.**

Observations :

Certificat établi le : ……/……/…… À ……

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

N° RPPS : ……

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

Fédération Française de Boxe – Tour Essor – 14 rue Scandicci – 93500 Pantin
Téléphone : 0149422369 - 0149422371 – Mail : certificat.medical@ff-boxe.com