FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

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

Le certificat doit être établi par un médecin ophtalmologique titulaire du Doctorat d'Etat et rempli complètement :

Signature, n° RPPS et cachet professionnel du praticien obligatoires.

Note à l'usage du médecin examinateur :

- Ne pas omettre d'apposer votre signature et votre cachet dans le cadre « certificat médical » prévu ci-dessous à cet effet.
- L'obtention du certificat médical ophtalmologique est la conclusion d'un examen ophtalmologique qui engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat.
- 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, toute anomalie dans son état physique ou toute malformation congénitale ou acquise qu'il(elle) pourrait présenter.

Le contenu de l'examen sera le suivant :

- Acuité visuelle – Champ visuel au doigt – Motilité oculaire – Milieux transparents – Fond d'œil après dilatation pupillaire (verre à trois miroirs) – Gonioscopie – Anomalie d'ordre pathologique –

Certaines lésions de la périphérie rétinienne peuvent nécessiter que le médecin décide la contre-indication et/ou prescrive un traitement laser.
Un contrôle devra être effectué après le traitement laser avec certificat de non-contre-indication
L'avis de la Commission Médicale Nationale peut éventuellement être sollicité.
Le port des lentilles souples est autorisé

Contre-indications ophtalmologiques absolues :

- Chirurgie intraoculaire et réfractive – Amblyopie (acuité inférieure à trois dixièmes avec correction) – Myopie supérieur à 3,5 dioptries

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

Je soussigné(e)* : ……

Certifie que :
M, Mme (Prénom et NOM) * : ……

Né(e)*: ……/……/…….

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

Si tel n'est pas le cas, cochez l'une des cases correspondantes ci-après :

❑ Présente une contre-indication médicale à la pratique de la **boxe amateur**

❑ Demande l'avis médical fédéral et transmet un compte-rendu médical

Date : …/…/…. Signature et cachet **obligatoires** du médecin :

*informations obligatoires

N° RPPS :
……