

Les principales conditions d'aptitude :

- Un bon fonctionnement cardio-respiratoire - une parfaite intégrité du système nerveux
- Un bon état ostéo-articulaire en particulier des mains - une croissance harmonieuse

Il appartient au médecin consulté de vérifier les antécédents médicaux déclarés par le demandeur selon la liste non exhaustive suivante :

- Asthme- Tuberculose – Maladie du cœur (palpitations, douleurs) – Maladie des reins et des voies urinaires, appareils génital – Diabète – Maladie du sang – Méningite – Encéphalite – Epilepsie – Perte de connaissance – Maux de tête – Tremblements, troubles de l'équilibre ou vertiges – Traumatisme crânien – Antécédents psychiatriques, troubles du comportement – Rhumatisme articulaire aigu – Maladies vénériennes – Maladies de la peau – Réactions allergiques – Fractures du crâne ou de vertèbres – Autres fractures – Autres maladies ou accidents – Interventions chirurgicales – Traitements médicaux – Vaccinations (BCG – Tétanos – Polio – Hépatite) – Absence ou insuffisance de certains organes pairs (reins etc...)

Les éléments ne sont en aucun cas limitatifs. Il appartient au médecin de déterminer les examens complémentaires qu'il jugera utiles.

L'examen médical approfondi de « non-contre-indication » à la boxe amateur doit comporter au minimum les éléments suivants :

- **Examen général** : Taille – Poids – Cardio-respiratoire (fréquence cardiaque, tension artérielle : au repos, après 30 flexions en 45 secondes, après une minute de repos) – Examen clinique – Examen neurologique – Stomatologique (denture) – ORL (acuité auditive, perméabilité nasale) – Aires ganglionnaires – Abdominales – Génito-urinaires – Dermatologique – Appareil locomoteur (rachis, membres supérieurs et inférieurs)
- **Examen pour les postulants de 32 à 40 ans au 1^{er} septembre de la saison en cours** :
 - Angio IRM Cérébrale (valable 3 saisons sportives consécutives, ou à renouveler en cas de Ko ou sur avis médicale),
 - ECG d'effort (à la première licence quel que soit l'âge)
- **Contre-indications générales** :

Toutes les contre-indications médicales au sport s'appliquent à la boxe.
On doit retenir en particulier les contre-indications suivantes : Epilepsie – Antécédents de coma ou de lésions cérébrales – troubles de la coordination motrice – Troubles de l'équilibration – Troubles du tonus musculaire – Troubles psychiques – Absence d'un organe pairs (avis de la commission médicale)

Concernant l'asthme et le diabète, la décision de non-contre-indication est laissée à l'appréciation du médecin examinateur et/ou de la Commission Médicale Nationale.
- **Contre-indications formelles** : Comitialité, ATCD neurochirurgical, chirurgie ophtalmologique y compris réfractive, Hépatite B/C, H.I.V., Implant mammaire, absence d'un organe pair (sauf oreille).



FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

DEMANDE DE LICENCE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS



Civilité* : Mme M.

Nom d'usage* :

Nom de naissance* :

Prénom* :

Né(e) le* :/...../..... à (Ville)* : Pays de naissance* :

Naturalisation* :/...../..... n° :

Adresse* :

N°* : Rue* :

CP* : Ville* :

Email* :@.....

Téléphone* :

Représentant légal :

Nom, prénom :

.....

Mail :

Téléphone :

DISCIPLINE :

AMATEUR

Conditions d'utilisation des données *

Je soussigné, (Nom/Prénom*)(son représentant légal le cas échéant), déclare avoir pris connaissance de la réglementation fédérale et m'engage à la respecter.

Droit à l'image *

Je soussigné,(son représentant légal le cas échéant) autorise le club à insérer ma photo d'identité sur ma licence et autorise la FFBoxe et le club à exploiter toutes les photos et vidéos prises dans le cadre des activités fédérales pour des actions publicitaires ou promotionnelles. Cette autorisation est consentie pour le territoire français et une durée de 10 ans à compter de la captation de mon image. Je reconnais avoir été informé que je disposais d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui me concerne (art. 34 de la loi " Informatique et Libertés "), soit dans mon espace personnel, soit en contactant directement la Fédération Française de Boxe. J'atteste également que j'ai pris connaissance de la réglementation fédérale et m'engage à la respecter. Cocher la case pour confirmer ce choix.

Oui Non

Offres commerciales *

Je soussigné, (Nom/Prénom*)(son représentant légal le cas échéant), autorise la FFBoxe à m'adresser des offres commerciales. Cocher la case pour confirmer ce choix.

Oui Non

Lettre d'informations :

Je souhaite m'abonner à la newsletter fédérale

Oui Non

* mentions obligatoires

Date :/...../.....

Signature obligatoire du postulant
(ou du détenteur de l'autorité parentale)



FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

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



Le certificat doit être établi par un médecin 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 est la conclusion d'un examen médical 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 1^{er} septembre de la saison en cours
- Pour les postulants ayant atteint l'âge de **32 ans** au 1^{er} septembre de la saison en cours, la demande de licence nécessite des examens complémentaires décrits dans **l'annexe médicale jointe**.
- Le candidat à la pratique de la boxe doit subir une visite médicale obligatoire qui établira la normalité de l'examen clinique.
- 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.

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

Je soussigné(e)* :

Certifie que :

M, Mme (Prénom et NOM) * :Né(e)*:/...../.....

A bien effectué les examens **médicaux obligatoires** décrits dans l'annexe jointe

Pour toutes demandes :

Date de l'examen clinique : .../.../.... Date de de l'examen ophtalmologique : .../.../....

Examens complémentaires pour les + de 32 ans :

Date de l'ECG d'effort : .../.../.... (à la 1^{ère} demande ou renouvellement)

Date de de l'Angio-IRM cérébrale : .../.../.... (Valable 3 saisons sportives)

Et ne présente pas de contre-indication médicale, 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 au médecin fédéral à l'adresse suivante : maryannickmachard@wanadoo.fr

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

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

*informations obligatoires



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 1^{er} 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 ophtalmologique 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 ophtalmologique, 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 ophtalmologique à la pratique de la **boxe amateur**

Demande l'avis médical fédéral et transmet un compte-rendu médical au médecin fédéral à l'adresse suivante : maryannickmachard@wanadoo.fr

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

*informations obligatoires

N° RPPS :

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