



## FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE  
CONTRE-INDICATION A L'ARBITRAGE DES COMBATS DE BOXE



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.
  - A partir de 65 ans, obligation de se soumettre,
    - À la licence des 65 ans à un examen cardio-vasculaire avec ECG, et épreuve d'effort (à renouveler tous les deux ans)
    - À un examen ophtalmologique, attestant d'une vision correcte, (obligation de port de lentilles de contact à partir d'une vision inférieure ou égale à 3/10°, sur l'œil le moins bon). A renouveler tous les deux ans
    - À un examen médical classique (tous les ans) avec recherche :  
D'une aptitude physique :
      - pas d'atteinte neurologique (séquelles d'AVC, de maladies neurologiques dégénératives, pas de trouble de la parole, comitialité)
      - pas d'atteinte virale en évolution (biologie hépatite B et C, HIV),D'une aptitude psychique : capacité à raisonner, absence de trouble du comportement.
- Le candidat à l'arbitrage des combats de boxe doit subir une visite médicale obligatoire qui établira la normalité de l'examen clinique.

### **FFBoxe – certificat d'absence de contre-indication à l'arbitrage des combats de BOXE**

Je soussigné(e)\* : .....

Certifie que :

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

Pour toutes demandes :

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

Examens complémentaires pour les + de 65 ans :

Date de l'ECG d'effort : .../.../.... (Valable 2 saisons)

Et ne présente pas de contre-indication, décelable ce jour, à l'arbitrage des combats de **BOXE**

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

Présente une contre-indication médicale à l'arbitrage des combats de **boxe**

Demande l'avis médical fédéral et transmet un compte-rendu médical au médecin fédéral à l'adresse suivante : [certificat-medical@ff-boxe.com](mailto:certificat-medical@ff-boxe.com)

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

\*informations obligatoires

N° RPPS : .....

N° d'Inscription à l'Ordre des

Médecins .....