



**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<sup>er</sup> septembre de la saison en cours
- Pour les postulants ayant atteint l'âge de **32 ans** au 1<sup>er</sup> 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<sup>ère</sup> 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 : [marvannickmachard@wanadoo.fr](mailto:marvannickmachard@wanadoo.fr)

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

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

\*informations obligatoires