



# FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

CERTIFICAT MEDICAL OPHTHALMOLOGIQUE 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<sup>er</sup> 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](mailto:maryannickmachard@wanadoo.fr)

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

\*informations obligatoires

N° RPPS : .....

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