



FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

DEMANDE DE LICENCE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

PHOTO

Civilité* : ☐ Mme ☐ M.

Nom d'usage* :

Nom de naissance* :

Prénom* :

Né(e) le* :/...../..... à (Ville)* :

Pays de naissance* : Nationalité* :

Naturalisation* :/...../..... n° :

Adresse* :

N°* : Rue* :

CP* : Ville* :

Email* :@.....

Téléphone* :

Responsable légal pour les mineurs :
(obligatoire pour les mineurs)

Nom* :

Prénom* :

Email* :@.....

Téléphone* :

Licence demandée :

- ☐ BEAL
- ☐ BA
- ☐ Dirigeant :
- ☐ Cadre technique :
- ☐ Officiel :

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 MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE LA BOXE AMATEUR

Note à l'usage du médecin examinateur :

- **Tout certificat incomplet sera automatiquement refusé ;**
- Le certificat doit être complètement rempli et obligatoirement établi par un médecin titulaire du Doctorat d'État, exerçant en France ;
- Il doit impérativement comporter la date, le lieu, la signature, le numéro RPPS et le cachet professionnel mentionnant le nom du praticien ;
- L'obtention du certificat médical est la conclusion d'un examen médical qui engage la responsabilité du médecin signataire ;
- Le candidat à la pratique de la boxe doit subir une visite médicale obligatoire qui établira la normalité de l'examen clinique ;
- 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, ses antécédents notables, toute anomalie dans son état physique ou toute malformation congénitale ou acquise qu'il(elle) pourrait présenter ;
- Tout(e) postulant(e) doit se présenter avec les comptes-rendus des examens médicaux obligatoires (épreuve d'effort, angio-IRM...) ;

Il appartient au médecin consulté de vérifier les antécédents : médicaux, fracturaires, chirurgicaux, et particulièrement :

Pathologies neurologiques (méningite, encéphalite, épilepsie, perte de connaissance, céphalées, troubles de l'équilibre, traumatisme crânien), pathologies respiratoires (asthme, tuberculose évolutive), pathologies cardio-vasculaires, pathologies rénales et uro-génitales, pathologies endocriniennes ou diabétiques, pathologies hématologiques (en particulier les troubles de la coagulation), pathologies psychiatriques (troubles du comportement ou de la personnalité), pathologies dermatologiques, prothèses, traitements médicaux au long cours, vaccinations (DTP et Hépatite B).

Antécédents familiaux : Décès avant 40 ans chez les hommes ou avant 50 ans chez les femmes.

Ces éléments ne sont en aucun cas exhaustifs. Il appartient au médecin de déterminer tout examen complémentaire qu'il jugera utile.

Conditions d'attribution :

- **Examen général** : Taille – Poids – Pression artérielle – Pouls – Cardio-respiratoire (auscultation cardio-pulmonaire, Ruffier-Dickson) – Neurologique – ORL – Stomatologique – Abdominale – Génito-urinaire – Dermatologique – Aires ganglionnaires – Appareil locomoteur (rachis, membres supérieurs et inférieurs) ...
- **Pour les postulants ayant 32 à 39 ans au 1^{er} septembre de la saison en cours** : une angio IRM cérébrale (valable 3 saisons sportives consécutives) et une épreuve d'effort cardiaque qui doit être maximale (valable entre 32 et 39 ans).

Contre-indications :

- **Toutes les contre-indications médicales au sport s'appliquent à la boxe, auxquelles s'ajoutent en particulier** : Antécédents de coma ou de lésions cérébrales – Troubles de la coordination motrice – Troubles de l'équilibre – Troubles du tonus musculaire – Troubles psychiques – Asthme, diabète (à l'appréciation du médecin examinateur et/ou de la Commission Médicale Nationale) – Absence d'un organe pairs (sur avis de la commission médicale).
- **Contre-indications absolues** : Épilepsie, antécédent neurochirurgical, chirurgie ophtalmologique y compris réfractive, hépatites B ou C, VIH, Implant mammaire.

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

Je, soussigné(e) (prénom et nom obligatoires) :

Certifie avoir pris connaissance de l'ensemble des contre-indications ainsi que de conditions d'attribution d'une licence de boxe amateur et que :

M., Mme (prénom et nom obligatoires) :

Date de naissance obligatoire :/...../.....

Poids (obligatoire) : Kg

A bien effectué les examens **médicaux obligatoires**.

Pour toutes demandes :

- Examen clinique, sans anomalie, pratiqué le :/...../..... (**Obligatoire**)
- Examen ophtalmologique, sans anomalie, pratiqué le :/...../..... (**Obligatoire**)

Pour les postulants ayant 32 à 39 ans au 1^{er} septembre de la saison en cours :

- Épreuve d'effort cardiaque maximale, **sans anomalie**, pratiquée le :/...../..... (**Obligatoire**)
- Angio-IRM cérébrale, **sans anomalie**, pratiquée le :/...../..... (**Obligatoire**)

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

☐ Présente une contre-indication médicale à la pratique de la **BOXE AMATEUR**

☐ Demande l'avis du médecin fédéral national (compte-rendu médical si possible) à l'adresse suivante : certificat-medical@ff-boxe.com

Certificat établi le :/...../.....

À

Signature et cachet avec nom et prénom du médecin (**obligatoire**)

N° RPPS :

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

Domiciliation :

.....



FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

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

Note à l'usage du médecin examinateur :

- **Tout certificat incomplet sera automatiquement refusé ;**
- Le certificat doit être complètement rempli et obligatoirement établi par un médecin spécialiste en ophtalmologie, titulaire du Doctorat d'État et exerçant en France ;
- Il doit impérativement comporter la date, le lieu, la signature, le numéro RPPS et le cachet professionnel mentionnant le nom du praticien ;
- L'obtention du certificat médical est la conclusion d'un examen ophtalmologique qui engage la responsabilité du médecin signataire ;
- Le candidat à la pratique de la boxe doit subir une visite médicale obligatoire qui établira la normalité de l'examen ophtalmologique ;
- 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, ses antécédents notables, toute anomalie dans son état physique ou toute malformation congénitale ou acquise qu'il(elle) pourrait présenter ;

L'examen ophtalmologique devra impérativement comporter :

Mesure de l'acuité visuelle (avec et sans correction) – Appréciation du champ visuel (au doigt) – Mesure du tonus oculaire – Étude de la motilité oculaire et de la vision binoculaire – Examen des milieux transparents – Examen du fond d'œil après dilatation pupillaire (verre à trois miroirs) – Gonioscopie.

Les lésions de la périphérie rétinienne peuvent contre-indiquer la pratique de la boxe amateur ou nécessiter un traitement laser. Dans cette éventualité, le certificat de non contre-indication ne sera délivré qu'à la suite d'un contrôle effectué à distance des séances de laser.

L'avis de la Commission Nationale Médicale peut éventuellement être sollicité.

Le port des lentilles souples est autorisé durant les entraînements et les combats.

Contre-indications ophtalmologiques absolues :

Chirurgie intra-oculaire ou réfractive – Amblyopie inférieure à trois dixièmes à l'un des 2 yeux, avec correction – Myopie supérieure à 3,5 dioptries à l'un des 2 yeux – Cataracte – Cécité – Décollement de la rétine.

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

Je, soussigné(e) (prénom et nom obligatoires) :
Certifie avoir pris connaissance de l'ensemble des contre-indications ainsi que de conditions d'attribution d'une licence de boxe amateur et que :
Mr, Mme (prénom et nom obligatoires) :
Date de naissance obligatoire/...../.....

☐ Ne présente pas de contre-indication ophtalmologique, décelable ce jour, à la pratique de la **BOXE AMATEUR en compétition**.

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 national à l'adresse suivante :
certificat-medical@ff-boxe.com

Certificat établi le :/...../..... À
Signature et cachet avec nom et prénom du médecin (**obligatoire**)

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