

Note à l'usage du médecin examinateur :

Saison 2026-2027

- **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 personnel 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) de plus de 32 ans doit **obligatoirement** présenter les comptes-rendus des examens médicaux obligatoires (bilan cardiologique pratiqué par un cardiologue et angio-IRM cérébrale) ;

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 (DTCP 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 demander tout examen complémentaire qu'il jugera utile.

Conditions d'attribution :

- **Examen général :** Taille – Poids – Pression artérielle – Pouls – Cardio-respiratoire (auscultation cardio-pulmonaire) – 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 un bilan cardiologique (valable 3 saisons sportives consécutives).

Contre-indications :

- Antécédents de lésions cérébrales – Antécédent neurochirurgical - Troubles de la coordination motrice – Troubles de l'équilibre – Troubles du tonus musculaire – Troubles psychotiques non stabilisés et absence d'un organe pair (sur avis de la commission médicale).
- **Contre-indications absolues :** Épilepsie non stabilisée, hépatite B (ag HBs positif), hépatite C, VIH, chirurgie ophtalmologique y compris réfractive (excepté pour strabisme ou par photokératectomie (PKR) avec myopie inférieure à 4,5 dioptries avant la chirurgie)

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

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

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

Mr, Mme (prénom et nom obligatoires) :

Date de naissance obligatoire/...../..... Poids (obligatoire) : kg

A bien effectué les examens médicaux obligatoires (le postulant doit impérativement présenter les examens obligatoires au médecin).

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

- Bilan cardiologique pratiqué par un cardiologue, valable 3 ans, **sans anomalie**, pratiqué le :/...../..... (**Obligatoire**)
- Angio-IRM cérébrale, valable 3 ans, **sans anomalie**, pratiquée le :/...../..... (**Obligatoire**)

Ne cocher qu'une seule case :

- ☐ 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**

Certificat établi le :/...../..... À

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

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

Saison 2026-2027

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 obligatoirement comporter la date, le lieu, la signature, le numéro RPPS et le cachet personnel 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 doit impérativement être pratiqué après le 1^{er} juillet précédant la saison sportive ;

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 :

Amblyopie inférieure à trois dixièmes à l'un des 2 yeux, avec correction – Myopie supérieure à 4,5 dioptries à l'un des 2 yeux – Cataracte – Cécité – Décollement de la rétine – Chirurgie intra-oculaire ou réfractive (excepté pour strabisme ou par photokératectomie (PKR) avec myopie inférieure à 4,5 dioptries avant la chirurgie)

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

Je soussigné(e) Docteur (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 cocher qu'une seule case :

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

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

Observations :

Certificat établi le :/...../..... À

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

N° RPPS :

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



FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

CERTIFICAT MEDICAL CARDIOLOGIQUE
BOXEUR AMATEURS AYANT PLUS DE 32 ANS



Saison 2026-2027

NB : Ce certificat est valable 3 saisons sportives consécutives, quelle que soit la date à laquelle il a été établi.

Note à attention du médecin examinateur :

- Ce certificat doit être obligatoirement établi par un médecin **spécialiste en cardiologie**, titulaire du Doctorat d'État et exerçant en France ;
- Les certificats qui ne sont pas entièrement remplis avec, en particulier, la signature et le cachet personnel du cardiologue mentionnant le nom et les coordonnées de ce dernier, seront refusés et la licence ne sera pas délivrée.
- Ce certificat est demandé à des boxeurs amateurs ayant plus de 32 ans ;
- Le praticien devra pratiquer un examen cardiologique avec la recherche d'éventuels facteurs de risque ;
- Il pourra demander tous les examens complémentaires qui lui sembleraient utiles avant la délivrance du certificat ;

FFBoxe – Certificat d'absence de contre-indication cardiologique à la pratique de la boxe amateur

Observations :

Je soussigné(e) Docteur (prénom et nom **obligatoires**) :

Certifie que M., Mme (prénom et nom **obligatoires**) :

Date de naissance (**obligatoire**) :/...../.....

Ne cocher qu'une seule case :

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

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

Certificat établi le :/...../.....

À

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

N° RPPS :

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

Saison 2026-2027

Note à l'attention du médecin examinateur :

- Ce certificat est demandé par le médecin de ring ayant suspecté une commotion cérébrale ;
- Ce certificat doit être obligatoirement établi par un médecin titulaire du Doctorat d'État et exerçant en France ;
- Le praticien peut demander tous les examens complémentaires qui lui sembleraient utiles ;
- Les certificats qui ne sont pas entièrement remplis avec, en particulier, la signature et le cachet personnel du médecin mentionnant le nom et les coordonnées de ce dernier, seront refusés et le boxeur ne pourra pas reprendre la pratique (entraînements et combats) ;

Cher confrère,

Merci de pratiquer un examen neurologique chez Mr/Mme : (prénom et nom obligatoires) :

*Boxeur amateur / Boxeur professionnel (**barrer la mention inutile**).*

Lors d'un combat qui a eu lieu le à

*Ce boxeur a subi un traumatisme crânien sans perte de connaissance / avec perte de connaissance ayant duré minutes
(**barrer la mention inutile**).*

Symptômes et examen clinique après le combat :

FFBoxe – Certificat de reprise de la pratique de la boxe (entraînements et combats)

Observations :

Je soussigné(e) Docteur (prénom et nom **obligatoires**) :

Spécialité :

Certifie que M., Mme (prénom et nom **obligatoires**) :

Date de naissance (**obligatoire**) :/...../.....

Ne cocher qu'une seule case :

☐ Ne présente pas de contre-indication neurologique, décelable ce jour, pour la reprise de la pratique de la **BOXE**.

Date de la reprise :/...../.....

☐ Présente une contre-indication neurologique temporaire / définitive (**barrer la mention inutile**) à la pratique de la **BOXE**.

Conditions pour une éventuelle reprise :

Certificat établi le :/...../..... À

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

N° RPPS :

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