

**SAISON : 2019 /2020**

**Ce certificat peut être établi par tout médecin titulaire du diplôme français de docteur en médecine générale**

**FICHE DE CONSULTATION DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE EN  
COMPÉTITION ou EN GALA DE LA BOXE AMERICAINE OU TOUT AUTRE  
DISCIPLINE DE BOXE PIEDS/POINGS DE L'ADHERENT, AVEC OU SANS  
PROTECTION CEPHALIQUE**

**Recommandations à l'attention des médecins :**

Vous êtes amené à examiner un sportif majeur de plus de 18 ans, qui désire pratiquer un sport pugilistique de boxe, en plein ou full contact.

Le combattant s'évertue de battre son adversaire par la force, la technique, la tactique et la pleine puissance des coups.

Tous les coups, en pieds ou en poings, sont donnés au dessus de la ceinture, ils sont portés sur des cibles légales autorisées avec un réel impact.

- La tête et le corps : Devant et cotés
- Pieds : Seuls les balayages extérieurs et intérieurs sur la jambe avant, à hauteur ou juste au dessus de la cheville sont autorisés.

❖ Toutes les catégories sont concernées en plein contact ;

De junior (18ans), Classe « C » (Honneur) - Classe « B » (Espoir)

Avec un complément significatif : pour les Classe « A » (Elite) jusqu'à 5 reprises et Classe « A » (Professionnel) en 7, 10 ou 12 reprises maximum

L'obtention du certificat médical d'aptitude est la conclusion d'un examen pratiqué par un docteur en médecine, il concerne tous les combattants.

Cependant, la commission médicale fédérale rappelle que l'examen médical permettant de délivrer ce certificat :

- Engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat (article R.4127-69 du code de la santé publique : art 69 du code de déontologie), seul juge de la nécessité d'éventuels examens complémentaires et seul responsable de l'obligation de moyen.
- Ne doit jamais être pratiqué à l'improviste, sur le terrain ou dans les vestiaires avant une compétition, un tel certificat dit de complaisance est donc formellement prohibé (article R.4127-28 du code de la santé publique : art 28 du code de déontologie).

**Cette activité sportive nécessite des examens médicaux obligatoires**

- **Un certificat médical d'aptitude pour la saison en cours valable une année calendaire pour tous les certificats médicaux, à la date de l'établissement du certificat médical.**

**(Exemple : le certificat médical est établi le 17 aout de l'année, sera valable jusqu'au 17 aout de l'année suivante.)**

**Et : Selon la classification du combattant, apprécié par le médecin spécialiste.**

- **Un fond d'œil (valable 1 an)**
- **Un électrocardiogramme interprété (valable 1 an calendaire)**
- **En plus, une échographie cardiaque pour toutes les classes « A », avec un test d'effort exigé pour les classes « A » pro. (La finalisation de tout ce dossier est fixée au 30 juillet pour la saison suivante)**

**Toutes les contre-indications médicales aux sports s'appliquent**

On peut retenir en particulier les contres indications suivantes :

Hernie pariétale, éventration - hépatomégalie ou splénomégalie - antécédents de coma ou de lésions cérébrales - des troubles de l'équilibre - épilepsie - myopies supérieures à 3,5 dioptries - chirurgie intraoculaires et

réfractives- amblyopies acuité < 3/10 avec correction ou 6/10ODG - femmes enceintes ou allaitement. Aucun

examen sanguin n'étant demandé, il appartiendra au médecin de s'informer des antécédents ou des affections du sportif et d'en apprécier la conformité sur la validation de l'examen médical.

**SAISON : 2019 /2020**

**LICENCE COMBATTANT**

A transmettre à la FBA avec 2 photos d'identité et la cotisation

**CONDITION DE DELIVRANCE DE LA LICENCE**

**IMPORTANT :**

- La licence combattant ne peut être délivrée qu'aux postulants âgé(es) de + de 18ans.
- La licence n'est valable que pour la saison sportive courante.
  - Il (elle) ne pourra boxer en compétition qu'en possession de la licence combattant.
  - Il (elle) devra être reconnu(e) **APTE** par la commission médicale de la FBA DA
  - Toute omission ou fausse déclaration entraîne l'annulation de la présente demande.

(1) rayez les mentions inutiles

Je soussigné ;

NOM (en majuscules) : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Par affiliation / Naturalisation (1); date et n° .....

<b>CLUB AFFILIE (en toutes lettres)</b> .....	<i>Réservé à la FBA DA</i> <b>Classe :</b>
--	---

**ADRESSE (Très précise) :** .....

Code Postal : ..... Ville : .....

N° ☎ : ..... ☒@ : .....

1 - Demande à être admis comme membre pratiquant de la FBA DA, et sollicite la délivrance d'une licence « COMBATTANT », m'engageant aux règles du code sportif, des statuts et règlements de la Fédération de Boxe Américaine que je déclare bien connaître.

2 - M'engage également à respecter la législation (loi du 01/06/1965) portant sur l'interdiction de l'usage de substances ou produits dopants, de se conformer et à accepter en conséquence, tous examens et prélèvement éventuels.

3 - Certifie sur l'honneur n'avoir jamais subi aucune peine afflictive ou infamante, ainsi que sur la véracité des déclarations de mes antécédents médicaux.

Pour valoir ce que de droit, sous peine d'annulation de la présente demande ou d'exclusion temporaire ou définitive de la FBA DA sanctionné par le conseil de discipline qui statuera en cas de fausse déclaration ou du non respect de ces engagements.

Date : le .... / .../.....

Signature obligatoire du postulant

Ce certificat peut être établi par tout médecin titulaire du diplôme français de docteur en médecine générale

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE EN  
COMPETITION ou EN GALA DE LA BOXE AMERICAINE ou TOUT AUTRE  
DISCIPLINE DE BOXE PIEDS/POINGS DE L'ADHERENT, AVEC OU SANS  
PROTECTION CEPHALIQUE**

(1) rayez les mentions inutiles

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour, M., Mme, Mlle (1) .....  
(Mentionner le nom et prénom)

Né(e) le..... à .....

Et ne pas avoir constaté à cette date, de signes apparents contre indiquant la pratique du sport,  
notamment dans l'activité pugilistique de boxe en compétition.

Fait à ..... Le .... /.... /.....

Signature

Cachet du médecin  
Indiquant ses noms & adresse  
obligatoire

L'examen clinique pour les « Juniors et classes C ou B » peut être établi par tout médecin titulaire du diplôme français de docteur en médecine générale.  
Il sera obligatoirement établi et interprété par un cardiologue pour les classes « A »

**EXAMEN CLINIQUE**

(1) rayez les mentions inutiles

(2) **Classe « A »** Cochez la case pour « OUI »

Nom et Prénom du combattant, Mme, Mlle, M. (1): .....

**Test de Ruffier-Dickson OBLIGATOIRE**

TAILLE



POIDS

**1 – CARDIO RESPIRATOIRE**

	Fréquence cardiaque	Tension artérielle	
Au repos : - couché	.....	.....	.....
- debout	.....	.....	.....
Après 30 flexions en 45'' :	.....	.....	.....
Après 1' de repos :	.....	.....	.....

- 2 - Examen morfo-statique : Rachis..... MI : ..... MS : .....
- 3 - Appareil cardio-vasculaire : FC de repos : ..... TA de repos : .....
- 4 - Auscultation cardiaque : .....
- 5 - Tracé ECG de repos : .....
- 6 - Examen pulmonaire : .....
- 7 - Examen articulaire : .....
- 8 - Examen neurologique : .....
- 9 - Examen stomatologique : .....
- 10 - Examen ORL : .....
- 11 - Examen génito-urinaire : .....
- 12 - Examen dermatologique : .....

Anomalies, annexes : .....

**CLASSES « A »** : Test d'effort (2)

Ecographie cardiaque (2)

Case cochée : Résultats à fournir

Case cochée : Résultats à fournir

Décision du médecin concernant la NON CONTRE INDICATION à la pratique de la boxe en compétition.

.....  
 .....  
 .....

Fait à ..... Le .... / .... / .....

Signature

Cachet du médecin  
Indiquant ses noms & adresse  
Obligatoire

**SAISON : 2019 /2020**

Cet examen ne peut être établi que par un médecin ophtalmologiste

**EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE SPECIALISE**

Contre indications absolues :

- Chirurgie intra oculaire
- Amblyopie
- Myopie supérieure à deux dioptries
- 1- Acuité visuelle (notée en toutes lettres et sans surcharge en dixième avec éventuelle formule de correction

	Sans correction	Formule de correction	Avec correction
<b>OD</b>			
<b>OG</b>			

- 2- Champ visuel.....
- 3- Tonus oculaire.....
- 4- Mobilité oculaire.....
- 5- Vision binoculaire.....
- 6- Milieux transparents.....
- 7- Fond d'œil (examen aux 3 miroirs).....
- 8- Anomalie d'ordre pathologique.....

**Décision de l'ophtalmologue :**

Je soussigné Dr :.....(spécialiste en ophtalmologie)

Certifie avoir examiné ce jour M. :.....

Et ne pas avoir constaté de signes ophtalmologiques apparents contre indiquant la pratique de la boxe américaine ou tout autre boxe pied/poing en compétition de Full ou plein contact avec ou sans casque.

A .....le.....

Signature

Cachet du médecin Indiquant ses noms & adresse Obligatoire
--

## COMMISSION MEDICALE

**Antécédents médicaux à remplir par le postulant, avec l'aide éventuelle du médecin consulté**

**DOCUMENT DE RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIEL**

**Cette fiche pourra être placée sous enveloppe cachetée, « à l'attention du médecin qui pratiquera l'examen clinique » et qui la conservera au besoin, pour ne communiquer que ses observations à la commission médicale de la FBA DA.**

### AVEZ-VOUS EU LES MALADIES OU ACCIDENTS CI-DESSOUS ?

(Cochez la case correspondante à votre réponse)

	OUI	NON
1. Asthme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tuberculose.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Maladies du cœur : (palpitations douleurs etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Maladies des reins et voies urinaires, appareil génital.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diabète :.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Maladie du sang.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Traumatisme crânien :.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sans perte de connaissance	OUI	NON
Avec perte de connaissance	OUI	NON
Si OUI, précisez.....		
8. Epilepsies.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Méningites-Encéphalites.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Céphalées (maux de tête).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tremblements (trouble de l'équilibre ou vertiges).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Rhumatisme articulaires aigu.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Antécédents psychiatriques		
Troubles du comportement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Maladie de la peau.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Maladies vénériennes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Réaction allergiques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Fracture du crane ou de vertèbres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Diverses fractures.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI		
Précisez.....		
19. Autres maladies ou accidents.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI		
Précisez.....		
20. Avez-vous été opéré ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI		
Précisez.....		
21. Prenez vous des médicaments régulièrement ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesquels.....		
21. Vaccinations (dates): BCG.....Tétanos.....Polio.....Hépatite « B ».....		
22. HIV dépistage fortement conseillé		

Je soussigné, certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus.

Signature obligatoire du postulant