

**BOXE FRANCAISE - SAVATE**  
**THOUROTTE**  
**SAISON:2018 / 2019**

**CERTIFICAT PREALABLE**  
**A LA PRATIQUE DE LA BOXE FRANCAISE**  
(ENTRAINEMENT ET ASSAUT)

Je soussigné, Docteur en Médecine, avoir connaissance des recommandations de la Commission Médicale Nationale de la FEDERATION FRANCAISE DE BOXE FRANCAISE ET DISCIPLINES ASSIMILEES Certifie que :

**NOM :**

**Prénom :**

**AGE:**            **POIDS:**            **TAILLE:**            **ACUITE VISUELLE:** G=    /10    D=    /10

**TEST DE RUFFIER (si nécessaire)**

∩ au repos:            /mn

∩ après effort:            /mn

∩ 1mn après effort:            /mn

∩ 3mn après effort:            /mn

-> NE PRESENTE A CE JOUR AUCUN SIGNE APPARENT CONTRE - INDIQUANT LA PRATIQUE DE LA B.F. ET D.A.

-> EST INAPTE TEMPORAIRE - PARTIEL - DEFINITIF A LA PRATIQUE DE LA B.F. ET D.A.

**(Rayer les mentions inutiles)**

**DATE:**

Signature et Cachet  
identifiant le praticien: