

**EXAMEN OPHTHALMOLOGIQUE OBLIGATOIRE valable 2 saisons
sportives consécutives a adressé au MÉDECIN FÉDÉRAL NATIONAL**

L'examen ci-dessous doit être établi par un MEDECIN OPHTHALMOLOGISTE.

Nom du Postulant

Prénom

Les délais d'obtention des rendez-vous chez les ophtalmologistes doivent vous faire anticiper la prise de rendez-vous.

CONTRE-INDICATION ABSOLUES

Chirurgie intra-Oculaire et/ou réfractive (strabisme excepté)
Amblyopie inférieure à 3/10 avec correction
Myopie supérieure à 3,5 dioptries
Cataracte
Cécité

① Acuité visuelle en toute lettre sans surcharge en dixièmes et éventuellement avec **Correction**.

	Sans correction	Formule de la correction	Avec correction
œil droit			
œil gauche			

② **Champs visuel**

③ **Tonus oculaire**

④ **Motilité oculaire**

⑤ **Vision Binoculaire**

⑥ **Milieus transparents**

⑦ **Gonioscopie**

⑧ **Fond d'œil** (verre à 3 miroirs)

• Justification d'un traitement laser ?

⑨ **Observation**

Je soussigné Dr

Ophthalmologiste, Certifié, que M.

Ne présente aucune contre-indication ophtalmologique à la pratique de la boxe amateur.

Délivré à le

cachet du médecin indiquant nom et adresse
obligatoire

signature du médecin et N° RPPS



**Fédération Française de Boxe
Demande de Licence**

BOXE AMATEUR

Minime 2 - Cadet - Junior - Senior

Garçon / Fille

à transmettre au Comité Régional avec 1 photo d'identité, une photocopie d'une pièce d'identité et le montant de la cotisation

N° de Licence

Réservé au C.R.

Bordereau de Transmission

à la F.F.B. n°

SAISON

Date de saisie

écoute dopage | 0 800 15 2000 | www.aflid.fr/vidal.php

*Nom : (en majuscules)

*Prénom :

*Nom de jeune fille :

*Sexe : (cocher la case correspondante) M F

*Date de naissance : __/__/__ *Lieu :

*Nationalité : *Naturalisation (date et n°)

CLUB AFFILIÉ (en toutes lettres)

Avez-vous déjà été licencié en boxe anglaise ? OUI NON

(cocher la case correspondante) pour les Boxeurs (ses) ayant déjà pratiqué la Boxe Anglaise ou tout autre sport de combat dans un pays étranger ou en France, sont tenus de le signaler et de joindre obligatoirement le palmarès authentifié par la fédération dont il (elle) dépendait.

Adresse très exacte et lisible

*Lieu-dit

*N° Bâtiment *Escalier *Appartement

*N° *Rue

*Code postal *Ville

*N° de tél. *Portable : *e-mail

Pour les filles : Je m'engage à cesser toute activité sportive en cas de grossesse et à le déclarer au médecin.

Je soussigné(e) certifie les informations ci-dessus exactes.

Autorisation des parents ou du tuteur (obligatoire pour le pratiquant(e) ayant moins de 18 ans révolus)

Je soussigné(e) déclare donner par la présente l'autorisation à mon enfant ou pupille de pratiquer la Boxe en compétition, conformément aux règlements et Code sportif de la Fédération Française de Boxe, dont je déclare avoir pris connaissance.

J'autorise la Fédération Française de Boxe ou son représentant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'hospitalisation de mon enfant.

Nom, Prénom, Adresse des parents ou tuteur (rayer la mention inutile)

Je déclare être licencié(e) auprès d'une autre fédération de sport de combat.

OUI NON

signature obligatoire

A

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



Les mentions précédées d'un "i" sont des données obligatoires sans lesquelles votre demande ne saurait être traitée

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), nous vous informons que les données à caractère personnel que vous confiez à la responsabilité de la FFB, font l'objet de traitements informatisés pour la gestion d'affiliations, de demandes de licences (spécifiques au type/à la fonction : pratiquant ou non, pros, dirigeant, officiel, cadre technique, représentant de mineur, médecin etc), les autorisations anti-dopage, la vérification de non contre-indication médicale à la pratique, les souscriptions d'assurances, des envois d'abonnements, de propositions commerciales. Au titre du RGPD, vous disposez des droits suivants : droit d'opposition, droit d'accès et de rectification, et pour des cas ou motifs limitativement énumérés, droit à l'effacement ou à la limitation du traitement ; vous disposez par ailleurs d'un droit à la portabilité de vos données et du droit de définir des directives relatives à leur sort en cas de décès.

CONDITIONS DE DÉLIVRANCE DE LA LICENCE B.A. ANNÉE 201.....

- Pour les catégories de poids voir les codes sportifs.

Informations

- La licence de boxe amateur (1^{ère} demande ou renouvellement) ne peut être délivrée à un postulant(e) ayant atteint l'âge de 40 ans au 1^{er} septembre de la saison en cours.
- Pour les postulants ayant atteint l'âge de 32 ans au 1^{er} septembre de la saison en cours, la demande de licence (1^{ère} demande ou renouvellement) nécessite :
 - une Angio IRM cérébrale (valable 3 saisons sportives consécutives, ou à renouveler en cas de KO ou sur avis médical)
 - ECG d'effort (à la première licence quelque soit l'âge).

Contre indication formelles

Comitialité, ATCD neurochirurgical, chirurgie ophtalmologique y compris réfractive, Hépatite B/C, H.I.V., Implant mammaire, absence d'un organe pair (sauf oreille).

Je CERTIFIE l'exactitude des renseignements portés sur la présente demande, conformément à l'article 18 des règlements généraux. Je M'ENGAGE à respecter la législation ainsi que les règlements de la FFB en particulier les points concernant la lutte contre le dopage dont je déclare avoir pris connaissance et m'être informé des risques liés à la pratique de ce sport en compétition. Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information (résumé des garanties ci-dessous de la présente demande) relative aux Garanties de base proposées par la FFB et de celle du contrat complémentaire SPORTMUT (optionnelle) proposée par la mutuelle des sportifs (voir ci-dessous).

GARANTIES LICENCE-ASSURANCE 2018 / 2019 (Document non contractuel)

Les licenciés évoluant au sein des organismes déconcentrés (Ligues, Comités, Clubs, Associations, ...) de la Fédération Française de Boxe sont couverts dans le cadre des activités (compétition, rencontre amicale, entraînement, stage...) pratiquées au sein de ceux-ci pour les risques suivants :

- **INDIVIDUELLE ACCIDENT** (accord collectif n° 2N souscrit auprès de la Mutuelle des sportifs.)
 - Frais de soins de santé : en complément du régime de prévoyance obligatoire (à concurrence de 200 % du tarif Sécurité Sociale)
 - Forfait hospitalier : 100 %
 - Prothèses dentaires : 300 € par dent
 - Optique : 300€ par accident
 - Capital santé de 6100 € par accident (dépassements d'honoraires, prestations hors nomenclature Sécurité Sociale, chambre particulière, ...)
 - Capital Décès : 15 500 € (moins de 18 ans et accident hors sport : 9 150 €)
 - Capital Invalidité : 70 000 € (31 000 € si accident hors sport).
- **Garanties optionnelles** : Possibilité de bénéficier de garanties complémentaires (Indemnités Journalières, Décès, Invalidité) en du régime de base, en souscrivant au contrat « SPORTMUT BOXE ».
- **ASSISTANCE RAPATRIEMENT** (garanties souscrites auprès de Mutuaide Assistance)
En cas d'accident ou de maladie graves, prise en charge du transport de la victime jusqu'à son domicile ou jusqu'à l'hôpital le plus proche de son domicile par le moyen le plus approprié.
« MDS ASSISTANCE » : Tél. : 01.45.16.65.70 / Fax. : 01.45.16.63.92 - TELEX 261.531
- **RESPONSABILITE CIVILE & DEFENSE PENALE / RECOURS** : garanties souscrites auprès de la MAIF.

Je soussigné, NOM Prénom du demandeur ou du représentant légal
déclare avoir :

- Reçu et pris connaissance des notices d'information aux garanties de base attachées à ma licence qui sont également consultables sur le site internet de la FFB, ainsi que du bulletin d'adhésion « SPORTMUT » permettant de souscrire personnellement des garanties complémentaires à l'assurance « accidents corporels de base » auprès de la Mutuelle des Sportifs. Le licencié est libre de souscrire une assurance auprès de la Mutuelle des Sportifs, d'un autre assureur ou de ne pas s'assurer.

Je déclare avoir été informé que la suscription d'une assurance individuelle accident ou d'une garantie complémentaire ne sont pas obligatoires mais néanmoins fortement conseillés.

Garantie de base Individuelle Accident

- OUI**, je souhaite bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » comprise dans ma licence « **BOXE AMATEUR** »
- NON**, je renonce à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et donc à toute couverture en cas d'accident corporel. (Coût remboursé en cas de refus : 1,409€ pour les cadets, minimes, juniors & seniors. Dans ce cas envoyer une copie de cette demande de licence à la Mutuelle des Sportifs - 2/4 rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16)

Garanties complémentaires « SPORTMUT BOXE »

- OUI**, je souhaite souscrire une option complémentaire. Dans ce cas, je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur, en remplissant le formulaire de souscription correspondant et en le retournant à la Mutuelle des Sportifs en joignant un chèque à l'ordre de celle-ci du montant de l'option choisie.
- NON**, je ne désire pas souscrire d'option complémentaire



EXAMEN MÉDICAL VALABLE UNE SAISON SPORTIVE A ADRESSER AU MÉDECIN FÉDÉRAL NATIONAL

Nom du postulant :
Prénom :

Antécédents personnels

- Antécédents Médicaux :
- Antécédents Fracturaires :
- Antécédents Chirurgicaux :
- Antécédents d'Hospitalisation :

ANTECEDENTS familiaux (case à cocher)

décès avant 40 ans chez les hommes
décès avant 50 ans chez les femmes

Vaccinations demandées

DTpolio : date.....
Hépatite B : date.....
Sérologie anticorps Anti HBS
date : Taux :

Taille : cm Poids :kg
TA : Pouls :

Traitements médicaux habituels : oui non
si oui lesquels :

A signaler :

Je soussigné,

Docteur en médecine, CERTIFIE que le ou la nommé(e) : ne présente aucune contre-indication à la pratique de la boxe amateur (entraînements et combats).

Délivré à : Date

Signature et N° RPPS

cachet du médecin indiquant nom et adresse
obligatoire