

BOXE ASSAUT : VETERAN

CERTIFICAT de NON CONTRE-INDICATION

Tout(e) postulant(e) qui sollicite une licence doit signaler au médecin auquel il(elle) demande ce certificat, toute anomalie dans son état physique ou toute malformation congénitale ou acquise qu'il(elle) pourrait présenter.
Une épreuve d'effort sera demandée lors de la 1^{ère} demande dès 36 ans atteint.

Je soussigné
docteur en médecine

CERTIFIE

que le ou la nommé(e) :

ne présente aucune contre-indication à la BOXE ASSAUT

Observations éventuelles :

Poids (obligatoire) : kg

cachet du médecin indiquant nom et adresse obligatoire

Délivré à :

Date

signature du médecin

GARANTIES LICENCE-ASSURANCE 2016 / 2017 (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 : 9150 €)
 - Capital Invalidité pour 100 % d'IPP : 70 000 € (accident hors sport 31 000€)
- **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,
déclare avoir : NOM Prénom du demandeur ou du représentant légal

- Reçu et pris connaissance des notices d'information afférentes 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 ASSAUT** »
- 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 toutes les catégories. 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

juin 2016

BOXE PROFESSIONNELLE

EXAMENS MEDICAUX A FOURNIR

I – EXAMENS EXIGES A LA DEMANDE DE LA 1^{ère} LICENCE PROFESSIONNELLE ET POUR LES RENOUELEMENTS DES BOXEURS AYANT 32 ANS ET PLUS.

a-Bilan médical(page 3)

b-bilan ophtalmique (page 4)

c-Examen biologique :

NFS - VS - plaquettes - glycémie - ferritine - ALAT - ASAT - créatinine
sérodiagnostic : HIV- HA - HB – HC , Anticorps anti HBS (si < 100 faire
doser Ag HBS) et Anticorps anti HBC bandelettes urinaires – glycosurie- pro-
téinurie - hématurie

d-Angio-IRM cérébrale (joindre l'original du compte rendu et le CD-Rom)
Valable 2 ans

e- Epreuve d'effort maximale. Valable 3 ans

Validité des examens : une année civile (du 01/01 au 31/12) (a-b-c)

II – EXAMENS EXIGES POUR LE RENOUELEMENT DE LICENCE DES BOXEURS AGES DE MOINS DE 32 ANS.

a-Bilan médical(page 3)

b-bilan Ophtalmologique (page 4)

c-Examen biologique :

NFS - VS - plaquettes - glycémie - ferritine - ALAT - ASAT - créatinine
sérodiagnostic : HIV- HA - HB – HC , Anticorps anti HBS (si < 100 faire
doser Ag HBS) et Anticorps anti HBC - bandelettes urinaires – glycosurie-
protéinurie - hématurie

d-Angio-IRM cérébrale (joindre l'original du compte rendu et le CD-Rom)
Valable 3 ans

A savoir : Des examens peuvent être demandés s'ils font l'objet d'une notification par le médecin de ring sur le procès-verbal de réunion

e- Epreuve d'effort maximale. Valable 3 ans

Validité des examens : une année civile (du 01/01 au 31/12) (a-b-c)

EXIGENCES PARTICULIÈRES POUR LES SORTIES DE TERRITOIRE (à compter de la date du combat) :

• COMPÉTITIONS ET HORS COMPÉTITION

tous les examens médicaux datant de moins d'un an. Les sérologies HIV, HA, HB et HC doivent dater de moins de trois mois

• TITRES EUROPEENS et MONDIAUX

tous les examens médicaux datant de moins d'un an. Les sérologies HIV, HA, HB et HC doivent dater de moins de 28 jours.
Radiographie du thorax datant de moins d'un an. Pour les femmes : une test de grossesse datant de moins de 7 jours.

LES RESULTATS ORIGINAUX DOIVENT ETRE ADRESSES A LA FFB
LES HONORAIRES DES EXAMENS SONT A LA CHARGE DU BOXEUR

CONTRE INDICATIONS

Comitalité, antécédents neuro chirurgicaux, chirurgie ophtalmologique y compris réfractive, implants mammaires, cécite, cataracte, absence d'un organe pair (sauf oreille), HIV, Hépatite B et C.

LE RISQUE DE CONTAGION ET L' ABSENCE D 'IMMUNITÉ ENTRAÎNANT UNE CONTRE INDICATION (TEMPORAIRE OU DÉFINITIVE)

Autorisez-vous la FFB à communiquer à votre entraîneur des informations médicales vous concernant ? OUI NON

Je m'engage à signaler à la FFB tous les événements médicaux significatifs (perte de connaissance, chirurgie, infection grave, hospitalisation ...)

Je déclare être licencié auprès d'une autre Fédération de sport de combat

OUI NON

(à préciser) _____

.....
Antécédents personnels

• Antécédents Médicaux : lister

• Antécédents Fracturaires : lister

• Antécédents Chirurgicaux : lister

• Antécédents d'Hospitalisation : lister

Prenez-vous des traitements médicaux :

si oui lesquels :

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

Pouls

TA

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 professionnelle (entraînements et combats)

Délivré à : Date

Signature et N° RPPS

cachet du médecin indiquant nom et adresse
obligatoire

juin 2016