

### BOXE AMATEUR :

#### 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<sup>ère</sup> demande ou renouvellement) ne peut être délivrée à un postulant(e) ayant atteint l'âge de 40 ans au 1<sup>er</sup> septembre de la saison en cours
- Pour les postulants ayant atteint l'âge de 32 ans au 1<sup>er</sup> septembre de la saison en cours, la demande de licence (1<sup>ère</sup> demande ou renouvellement) nécessite :
  - une Angio IRM cérébrale (valable 3 saisons sportives consécutives, ou à renouveler en cas de KO T sur avis médical)
  - ECG d'effort (valable 3 saisons sportives consécutives)

#### 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 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 : 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 souscription 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

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 : .....
- 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 :.....

Prenez-vous des traitements médicaux :

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

juin 2016

**EXAMEN OPHTHALMOLOGIQUE OBLIGATOIRE**  
valable 2 saisons sportives consécutives

L'examen ci-dessous doit être établi par un MEDECIN OPHTHALMOLOGISTE qui doit s'assurer de l'identité du postulant.

**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**  
**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
<b>œil droit</b>			
<b>œil gauche</b>			

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** .....

**Ophtalmologiste, Certifié, que M.** .....

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

Délivré à ..... le .....

*signature du médecin et N° RPPS*

*cachet du médecin indiquant nom et adresse obligatoire*