



Maison des Associations  
Place Léon Michaud  
13310 SAINT MARTIN DE CRAU

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION BOX'AIR

SAISON : \_\_\_\_\_

Flasher le code pour aller  
sur notre site internet



PHOTO

## INFORMATIONS ADHERANT(E)

NOM \_\_\_\_\_  
PRENOM \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ AGE : \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_  
CODE POSTAL \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_  
TELEPHONE FIXE \_\_\_\_\_  
TELEPHONE PORTABLE \_\_\_\_\_  
ADRESSE MAIL \_\_\_\_\_

## AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

JE SOUSSIGNE \_\_\_\_\_  
REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT \_\_\_\_\_  
L'autorise à pratiquer la boxe pieds poings  
SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS MEDICALES

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE \_\_\_\_\_  
LIEN DE PARENTE \_\_\_\_\_  
TELEPHONE FIXE \_\_\_\_\_  
TELEPHONE PORTABLE \_\_\_\_\_

## COTISATION

LICENCE	<input type="checkbox"/> ADULTE (180 €)	<input type="checkbox"/> ENFANT (140 €)
TYPE	<input type="checkbox"/> LOISIR	<input type="checkbox"/> COMPETITEUR
PAIEMENT	<input type="checkbox"/> CHEQUE	MONTANT : _____ NOMBRE : _____
	<input type="checkbox"/> ESPECES	MONTANT : _____
	<input type="checkbox"/> CARTE COLLEGIEN PROVENCE	MONTANT : _____ (maximum 100€)

Pièces à joindre à ce dossier :

- 1 photo d'identité
- Certificat médicale
- Autorisation parentale de pratique de soins
- Certificat médicale (valable 3 ans) ou Questionnaire médicale

Documents téléchargeables sur notre site  
[www.boxair-smc.fr](http://www.boxair-smc.fr)

Date : \_\_\_\_\_ Signature du représentant légal :

(JE CERTIFIE SUR L'HONNEUR QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS CE FORMULAIRE SONT EXACTS)



## **FICHE DE CONSULTATION DE NON CONTRE-INDICATIONS A LA PRATIQUE DU KICK-BOXING, MUAYTHAÏ, PANCRACE et DA**

### **Pratique en compétition avec KO autorisé**

(combat pouvant prendre fin, notamment ou exclusivement lorsqu'à la suite d'un coup porté, l'un des adversaires se trouve dans un état le rendant incapable de se défendre et pouvant aller jusqu'à l'inconscience)

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

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

Cher confrère,

Vous êtes amené à examiner un sportif qui désire pratiquer un sport de contact dans la catégorie compétition.

L'obtention du certificat médical est la conclusion d'un examen médical réalisé selon des règles de bonne pratique, validées par les sociétés savantes. Cependant, la commission médicale fédérale de la FFKMDA 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 [article 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 médical dit de complaisance est donc formellement prohibé (article R.4127-28 du code de la santé publique [article 28 du code de déontologie]).

Cette activité sportive nécessite :

- Un examen neurologique et de la santé mentale, valable 1 an
- Un examen ophtalmologique : acuité visuelle, champ visuel, tonus oculaire et fond d'œil, valable 1 an

Il relève de votre seule décision de déterminer les examens complémentaires qu'il vous paraîtra utiles de demander pour établir ou non ce certificat.

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

On peut retenir en particulier les contre-indications médicales suivantes :

- . Hernie pariétale, éventrations,
- . Hépatomégalie ou splénomégalie,
- . Antécédents de coma ou de lésions cérébrales,
- . Troubles de l'équilibre,



- . Epilepsie,
- . Troubles de la coagulation ou la prise d'un traitement altérant la coagulation,
- . Sérologie VIH, Ag HBS, Anticorps HCV,
- . Myopies supérieures à 3,5 dioptries,
- . Chirurgies intra-oculaires et réfractives,
- . Amblyopies acuité inférieur à 3/10 avec correction ou 6/10 ODG

Concernant les femmes : contre-indication temporaire pour les femmes enceintes ou qui allaitent.

**EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE DU KICKBOXING, MUAYTHAI, PANCRACE et DA**

**EXAMEN CLINIQUE TYPE**

Taille : ..... . Poids : .....

-- Examen morpho-statique :

. Rachis : .....

. MI : .....

. MS : .....

-- Appareil cardio-vasculaire :

. FC de repos : .....

. TA de repos : .....

- Auscultation cardiaque : .....

- Examen pulmonaire : .....

-- Examen ostéo-articulaire : .....

- Examen neurologique et de santé mentale: .....

- Examen stomatologique : .....

- Examen O.R.L. : .....

-- Examen génito-urinaire : .....

- Examen dermatologique : .....

- Anomalies des annexes : .....

## EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE SPECIALISE

Contre-indications absolues :

- Chirurgie intra oculaire et réfractaire
- Amblyopie acuité inférieure à 3/10 avec correction ou 6/10 ODG
- Myopie supérieure à 3,5 dioptries

1/ Acuité visuelle (notée en toutes lettres et sans surcharges en dixième avec éventuelle formule de correction

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

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

**Décisions du spécialiste en ophtalmologie :**

Je soussigné Dr..... , spécialiste en ophtalmologie

certifie avoir examiné M.....

né(e) le .....

et ne pas avoir constaté de signes ophtalmologiques apparents contre indiquant la pratique du kickboxing, du muaythai, du pancrace et de leurs disciplines associées en combat (pratique en compétition avec KO autorisé).

Fait à .....Le .....

Signature et cachet du médecin



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE DU KICKBOXING, MUAYTHAI, PANCRACE et DA  
(pratique en compétition avec KO autorisé)**

Je soussigné, Docteur .....  
(En lettres capitales)

certifie avoir examiné

M.....

né (e) le : .....

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique du kickboxing, du muaythai, du pancrace et de leurs disciplines associées en combat (pratique en compétition avec KO autorisé).

Fait à : ..... le : .....

Signature et cachet du médecin