FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

DEMANDE DE LICENCE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Civilité* : ☐ Mme ☐ M.

Nom d'usage* : .....

Nom de naissance* : .....

Prénom *: .....

Né(e) le* : ...../...../..... à (Ville)*: ..... Pays de naissance*: .....

Naturalisation * : ...../...../..... n° : .....

Adresse* :
N°* : ..... Rue* : .....

CP* : ..... Ville* : .....

Email * : .....@.....

Téléphone* : .....

Conditions d'utilisation des données *:

Je soussigné, (Nom/Prénom*) .....(son représentant légal le cas échéant), déclare avoir pris connaissance de la réglementation fédérale et m'engage à la respecter.

Droit à l'image* :

Je soussigné, ...(son représentant légal le cas échéant) autorise le club ..... à insérer ma photo d'identité sur ma licence et autorise la FFBoxe et le club à exploiter toutes les photos et vidéos prises dans le cadre des activités fédérales pour des actions publicitaires ou promotionnelles. Cette autorisation est consentie pour le territoire français et une durée de 10 ans à compter de la captation de mon image. Je reconnais avoir été informé que je disposais d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui me concerne (art. 34 de la loi " Informatique et Libertés "), soit dans mon espace personnel, soit en contactant directement la Fédération Française de Boxe. J'atteste également que j'ai pris connaissance de la réglementation fédérale et m'engage à la respecter. Cocher la case pour confirmer ce choix.

Oui ☐ Non☐

Offres commerciales* :

Je soussigné, (Nom/Prénom*) .....(son représentant légal le cas échéant), autorise la FFBoxe à m'adresser des offres commerciales. Cocher la case pour confirmer ce choix.

Oui ☐ Non☐

Lettre d'informations :

Je souhaite m'abonner à la newsletter fédérale
Oui ☐ Non☐

*** mentions obligatoires**

Date : ...../...../..... Signature obligatoire du postulant
(ou du détenteur de l'autorité parentale)

FFBOXE

FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

CERTIFICAT **MEDICAL** D'ABSENCE DE
CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE LA **BOXE AMATEUR**

FFBOXE

Le certificat doit être établi par un médecin titulaire du Doctorat d'Etat et rempli complètement :

Signature, n° RPPS et cachet professionnel du praticien obligatoires.

Note à l'usage du médecin examinateur :

- Ne pas omettre d'apposer votre signature et votre cachet dans le cadre « certificat médical » prévu ci-dessous à cet effet.
- L'obtention du certificat médical est la conclusion d'un examen médical qui engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat.
- La licence de boxe amateur ne peut être délivrée à un postulant ayant atteint l'âge de **40 ans** au 1er septembre de la saison en cours
- Pour les postulants ayant atteint l'âge de **32 ans** au 1er septembre de la saison en cours, la demande de licence nécessite des examens complémentaires décris dans **l'annexe médicale jointe.**
- Le candidat à la pratique de la boxe doit subir une visite médicale obligatoire qui établira la normalité de l'examen clinique.
- 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.

FFBoxe – certificat d'absence de contre-indication médicale à la pratique de la BOXE AMATEUR

Je soussigné(e)* : .....

Certifie que :
M, Mme (Prénom et NOM) * : .....Né(e)*: ...../...../.....

A bien effectué les examens **médicaux obligatoires** décris dans l'annexe jointe

Pour toutes demandes :
Date de l'examen clinique : .../.../.... Date de de l'examen ophtalmologique : .../.../....
Examens complémentaires pour les + de 32 ans :
Date de l'ECG d'effort : .../.../.... (à la 1ère demande ou renouvellement)
Date de de l'Angio-IRM cérébrale : .../.../.... (Valable 3 saisons sportives)

❑ Et ne présente pas de contre-indication médicale, décelable ce jour, à la pratique de la **BOXE AMATEUR**

Si tel n'est pas le cas, cochez l'une des cases correspondantes ci-après :

❑ Présente une contre-indication médicale à la pratique de la **boxe amateur**

❑ Demande l'avis médical fédéral et transmet un compte-rendu médical au médecin fédéral à l'adresse suivante : maryannickmachard@wanadoo.fr

Date : .../.../.... Signature et cachet **obligatoires** du médecin :

N° RPPS : .....
N° d'Inscription à l'Ordre des Médecins .....

*informations obligatoires