



# FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

DEMANDE DE LICENCE



PHOTO

Civilité\* :  Mme  M.

Nom d'usage\* : .....

Nom de naissance\* : .....

Prénom\* : .....

Né(e) le\* : ...../...../..... à (Ville)\* : .....

Pays de naissance\* : ..... Nationalité\* : .....

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

Adresse\* :

N°\* : ..... Rue\* : .....

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

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

Téléphone\* : .....

Situation\* : .....

Profession\* : .....

**Responsable légal pour les mineurs :**  
(obligatoire pour les mineurs)

Nom\* : .....

Prénom\* : .....

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

Téléphone\* : .....

Licence demandée :

- BEAL
- BA
- Dirigeant : .....
- Cadre technique : .....
- Officiel : .....

### 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)



**FEDERATION FRANCAISE DE BOXE**  
CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE  
CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE LA BOXE AMATEUR



**Note à l'usage du médecin examinateur :**

- Tout certificat incomplet sera automatiquement refusé ;
- Le certificat doit être complètement rempli et obligatoirement établi par un médecin titulaire du Doctorat d'État, exerçant en France ;
- Il doit impérativement comporter la date, le lieu, la signature, le numéro RPPS et le cachet professionnel mentionnant le nom du praticien ;
- L'obtention du certificat médical est la conclusion d'un examen médical qui engage la responsabilité du médecin signataire ;
- Le candidat à la pratique de la boxe doit subir une visite médicale obligatoire qui établira la normalité de l'examen clinique ;
- La licence de boxe amateur ne peut être délivrée à un postulant ayant atteint l'âge de 40 ans au 1<sup>er</sup> septembre de la saison en cours ;
- Tout(e) postulant(e) qui sollicite une licence doit signaler au médecin auquel il(elle) demande ce certificat, ses antécédents notables, toute anomalie dans son état physique ou toute malformation congénitale ou acquise qu'il(elle) pourrait présenter ;
- Tout(e) postulant(e) doit se présenter avec les comptes-rendus des examens médicaux obligatoires (épreuve d'effort, angio-IRM...) ;

**Il appartient au médecin consulté de vérifier les antécédents : médicaux, fracturaires, chirurgicaux, et particulièrement :**

Pathologies neurologiques (méningite, encéphalite, épilepsie, perte de connaissance, céphalées, troubles de l'équilibre, traumatisme crânien), pathologies respiratoires (asthme, tuberculose évolutive), pathologies cardio-vasculaires, pathologies rénales et uro-génitales, pathologies endocriniennes ou diabétiques, pathologies hématologiques (en particulier les troubles de la coagulation), pathologies psychiatriques (troubles du comportement ou de la personnalité), pathologies dermatologiques, prothèses, traitements médicaux au long cours, vaccinations (DTP et Hépatite B).

Antécédents familiaux : Décès avant 40 ans chez les hommes ou avant 50 ans chez les femmes.

Ces éléments ne sont en aucun cas exhaustifs. Il appartient au médecin de déterminer tout examen complémentaire qu'il jugera utile.

**Conditions d'attribution :**

- **Examen général :** Taille – Poids – Pression artérielle – Pouls – Cardio-respiratoire (auscultation cardio-pulmonaire, Ruffier-Dickson) – Neurologique – ORL – Stomatologique – Abdominale – Génito-urinaire – Dermatologique – Aires ganglionnaires – Appareil locomoteur (rachis, membres supérieurs et inférieurs) ...
- **Pour les postulants ayant 32 à 39 ans au 1<sup>er</sup> septembre de la saison en cours :** une angio IRM cérébrale (valable 3 saisons sportives consécutives) et une épreuve d'effort cardiaque qui doit être maximale (valable 3 saisons sportives consécutives).

**Contre-indications :**

- **Toutes les contre-indications médicales au sport s'appliquent à la boxe, auxquelles s'ajoutent en particulier :** Antécédents de coma ou de lésions cérébrales – Troubles de la coordination motrice – Troubles de l'équilibre – Troubles du tonus musculaire – Troubles psychiques – Asthme, diabète (à l'appréciation du médecin examinateur et/ou de la Commission Médicale Nationale) – Absence d'un organe pairs (sur avis de la commission médicale).
- **Contre-indications absolues :** Épilepsie, antécédent neurochirurgical, chirurgie ophtalmologique y compris réfractive, hépatites B ou C, VIH, Implant mammaire.

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

Je, soussigné(e) (prénom et nom obligatoires) : .....

Certifie avoir pris connaissance de l'ensemble des contre-indications ainsi que des conditions d'attribution d'une licence de boxe amateur et que :

Mr, Mme (prénom et nom obligatoires) : .....

Date de naissance (obligatoire) : ...../...../..... Poids (obligatoire) : ..... Kg

A bien effectué les examens **médicaux obligatoires**.

**Pour toutes demandes :**

- Examen clinique, sans anomalie notable, pratiqué le : ...../...../.....(**obligatoire**)
- Examen ophtalmologique, sans anomalie notable, valable 2 années consécutives, pratiqué le : ...../...../.....(**obligatoire**)

**Pour les postulants ayant 32 à 39 ans au 1<sup>er</sup> septembre de la saison en cours :**

- Épreuve d'effort cardiaque maximale, sans anomalie, valable 2 années consécutives, pratiquée le : ...../...../..... (**obligatoire**)
- Angio-IRM cérébrale, sans anomalie, valable 2 années consécutives, pratiquée le : ...../...../..... (**obligatoire**)

Ne présente pas de contre-indication médicale, décelable ce jour, à la pratique de la **BOXE AMATEUR en compétition** ;

Présente une contre-indication médicale à la pratique de la **BOXE AMATEUR** ;

Demande l'avis du médecin fédéral national (compte-rendu médical si possible) à l'adresse suivante : [certificat.medical@ff-boxe.com](mailto:certificat.medical@ff-boxe.com)

Certificat établi le : ...../...../.....

À .....

Signature et cachet avec nom et prénom du médecin (**obligatoire**)

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



## FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

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



### Note à l'usage du médecin examinateur :

- Tout certificat incomplet sera automatiquement refusé ;
- Le certificat doit être complètement rempli et obligatoirement établi par un médecin spécialiste en ophtalmologie, titulaire du Doctorat d'État et exerçant en France ;
- Il doit impérativement comporter la date, le lieu, la signature, le numéro RPPS et le cachet professionnel mentionnant le nom du praticien ;
- L'obtention du certificat médical est la conclusion d'un examen ophtalmologique qui engage la responsabilité du médecin signataire ;
- Le candidat à la pratique de la boxe doit subir une visite médicale obligatoire qui établira la normalité de l'examen ophtalmologique ;
- La licence de boxe amateur ne peut être délivrée à un postulant ayant atteint l'âge de 40 ans au 1<sup>er</sup> septembre de la saison en cours ;
- Tout(e) postulant(e) qui sollicite une licence doit signaler au médecin auquel il(elle) demande ce certificat, ses antécédents notables, toute anomalie dans son état physique ou toute malformation congénitale ou acquise qu'il(elle) pourrait présenter ;

### L'examen ophtalmologique devra impérativement comporter :

Mesure de l'acuité visuelle (avec et sans correction) – Appréciation du champ visuel (au doigt) – Mesure du tonus oculaire – Étude de la motilité oculaire et de la vision binoculaire – Examen des milieux transparents – Examen du fond d'œil après dilatation pupillaire (verre à trois miroirs) – Gonioscopie.

Les lésions de la périphérie rétinienne peuvent contre-indiquer la pratique de la boxe amateur ou nécessiter un traitement laser. Dans cette éventualité, le certificat de non contre-indication ne sera délivré qu'à la suite d'un contrôle effectué à distance des séances de laser.

L'avis de la Commission Nationale Médicale peut éventuellement être sollicité.

Le port des lentilles souples est autorisé durant les entraînements et les combats.

### Contre-indications ophtalmologiques absolues :

Chirurgie intra-oculaire ou réfractive – Amblyopie inférieure à trois dixièmes à l'un des 2 yeux, avec correction – Myopie supérieure à 3,5 dioptries à l'un des 2 yeux – Cataracte – Cécité – Décollement de la rétine.

### FFBoxe – Certificat d'absence de contre-indication ophtalmologique à la pratique de la BOXE AMATEUR

Je, soussigné(e) (prénom et nom obligatoires) : .....

Certifie avoir pris connaissance de l'ensemble des contre-indications ainsi que de conditions d'attribution d'une licence de boxe amateur et que :

Mr, Mme (prénom et nom obligatoires) : .....

Date de naissance obligatoire ...../...../.....

Ne présente pas de contre-indication ophtalmologique, décelable ce jour, à la pratique de la **BOXE AMATEUR en compétition**.

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

Présente une contre-indication ophtalmologique à la pratique de la **boxe amateur**.

Demande l'avis médical fédéral et transmet un compte-rendu médical au médecin fédéral national à l'adresse suivante :

[certificat.medical@ff-boxe.com](mailto:certificat.medical@ff-boxe.com)

Certificat établi le : ...../...../..... À .....

Signature et cachet avec nom et prénom du médecin (**obligatoire**)

N° RPPS : .....

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

**Cotisations :**

- **Tarif Annuel – Boxe anglaise et française** : 390 € (Accès tous créneaux)
- **Tarif annuel Boxe anglaise** : 340 €
- **Tarif annuel Boxe française** : 250 €
- **Tarifs Réduits (adultes)** : de 170 à 260 € (base tarif annuel boxe anglaise) € sur présentation du relevé CAF annuel AOUT 2025 où figure votre quotient familial.
- **Carte 10 cours (uniquement sur trois mois suivant adhésion)** : 160 euros + Licence-adhésion club 74 euros soit 224 euros
- **Circuit Training - Aeroboxe** : 210 €
- **Enfants – 7 à 12 ans – BEA** : 210 € (tarif réduit si QF inférieur à 600 €)
- **Prescri Boxe** : 310 €
- **KIT Complet** (Gants 14 OZ + Casque intégral + bandages 4m + Protège dents) : 78 euros

Chaque cotisation comprend l'adhésion au CBT ainsi que la licence auprès de la Fédération Française de Boxe et/ou Fédération Française Savate Boxe française

**LA PRESENCE AUX COURS N'EST POSSIBLE QU'A RECEPTION DE CE DOSSIER COMPLET**

**Documents à fournir en une seule fois :**

- Fiche administrative + certificat médical + Autorisation droit à image (ci-après) :  
=> **les pratiquant.es mineur.es** : signature obligatoire par **représentant.e légal.e**  
Les mineur.es devront par ailleurs fournir une photocopie recto/verso d'une pièce d'identité correspondant à la signature du ou de la représentant.e légal.e  
  
=> **les pratiquant.es majeur.es** : signature du règlement intérieur et signature de l'autorisation du droit à l'image par le/la pratiquant.e
- **Copie de la pièce d'identité**
- Le dernier avis de **la CAF** (Aout 2025 valable pour l'année) pour les demandes de tarifs réduits.
- 1 **photo** d'identité sauf pour les personnes déjà licenciées la saison précédente
- Le **règlement** de la cotisation : espèces, chèques (possibilité de régler en trois fois) ou CB via HelloAsso.

**RESPECT DU REGLEMENT INTERIEUR** [A signer par le/la pratiquant.e]

Je soussigné(e) .....m'engage à respecter le Règlement Intérieur ci-joint.

Date et signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

**AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE** [Seulement pour les mineur.es, faire signer le/la représentant.e légal.e]

Je soussigné(e) M, Mme

.....

Téléphones:

- Domicile:

.....

- Travail:

.....

- Portable:

.....  
autorise mon enfant ..... à s'inscrire à l'Association Curial Boxing Team pour la saison 2024-25 et à participer aux compétitions et/ou aux projets organisés par l'Association. J'autorise l'association à prendre toutes les mesures nécessaires auprès des services compétents en cas d'accident.

J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'entraînement.

Date et signature précédée de la mention « lu et approuvé »:

**AUTORISATION D'UTILISATION DE L'IMAGE** [Pour les mineurs, faire signer le/la représentant.e légal.e]

Je soussigné(e) (nom, prénom, date de naissance)

.....

Demeurant (adresse)

.....

.....

.....

.....

Certifie être majeur.e et reconnais accepter gracieusement que le CBT prenne des photos et/ou des vidéos de ..... dans le cadre des activités de l'Association loi 1901 précitée. J'autorise la Curial Boxing Team à utiliser librement ces photos et/ou ces vidéos, à les reproduire et représenter sur tout type de support, en vue de leur communication au public à titre gratuit. Je garantis la Curial Boxing Team contre tous troubles, revendications et évictions quelconques, de l'exercice paisible et exclusif des droits qui lui ont été cédés présentement et m'engage envers elle à faire respecter ce droit et à le défendre contre toutes les atteintes qui lui seraient portées. La Curial Boxing Team, bénéficiaire de la présente autorisation, s'engage à ce que les commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photos et/ou des vidéos ne portent pas atteinte à mon image et/ou ma réputation.

La présente autorisation, gracieuse, est valable pour une durée de 10 ans (dix ans) et pour le monde entier.

Toutes autres utilisations seront assujetties à autorisation complémentaire.

Fait à ..... le ....., signature :