



# FÉDÉRATION FRANÇAISE DE BOXE

## DEMANDE DE LICENCE BOXE AMATEUR - 2019/2020

GARÇON/FILLE  
Minime 2 - Cadet - Junior - Sénior

**Avez-vous déjà été licencié(e) auprès de la FFBoxe**

(cochez la case correspondante)

- Non  
 Oui (à quel titre) .....



Les Boxeurs(esses) ayant déjà pratiqué la Boxe Anglaise ou tout autre sport de combat dans un pays étranger ou en France, sont tenus de le signaler et de joindre le palmarès authentifié par la fédération dont il/elle dépendait.

A transmettre au Club avec une photo d'identité, une photocopie de pièce d'identité et le montant de la cotisation.

\*LICENCE N° : .....

\*CIVILITÉ :  M.  Mme  Mlle

\*NOM : .....

\*PRÉNOM : .....

\*NÉ(E) LE : .....

\*NATIONALITÉ : .....

**Complétez ici en majuscules les informations à mettre à jour**

NATUR. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° .....

**ADRESSE TRÈS EXACTE ET LISIBLE**

\*LIEU DIT : .....

\*N° BÂTIMENT : ..... \*ESCALIER ..... \*APPARTEMENT .....

\*N° : ..... \*RUE .....

\*CODEPOSTAL : ..... \*VILLE .....

**TÉLÉPHONES & E-MAIL**

\*DOMICILE : ..... \*PORTABLE : .....

\*E-MAIL : .....

**CLUB AFFILIÉ (en toutes lettres)** .....

Photo

Pour les filles je m'engage à cesser toute activité sportive en cas de grossesse et à le déclarer au médecin.

### Autorisation des parents ou du tuteur (obligatoire pour le/la pratiquant(e) ayant moins de 18 ans révolus)

Je soussigné(e) déclare donner par la présente l'autorisation à mon enfant ou pupille de pratiquer la Boxe en compétition, conformément aux règlements et Code sportif de la Fédération Française de Boxe, dont je déclare avoir pris connaissance. J'autorise la Fédération Française de Boxe ou son représentant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'hospitalisation de mon enfant.

Nom prénom adresse  Parents ou  Tuteur (cocher le bon choix) .....

Je déclare être licencié(e) auprès d'une autre fédération de sport de combat  Oui  Non

Je soussigné(e) certifie les informations ci-dessus rigoureusement exactes.

Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature obligatoire du postulant ou du détenteur de l'autorité parentale

LES MENTIONS PRÉCÉDÉES D'UN **\*\*** SONT OBLIGATOIRES SANS ELLES VOTRE DEMANDE NE SAURAIT ÊTRE TRAITÉE

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), nous vous informons que les données à caractère personnel que vous confiez à la responsabilité de la FFB, font l'objet de traitements informatisés pour la gestion d'affiliations, de demandes de licences (spécifiques au type/à la fonction : pratiquant ou non, pros, dirigeant, officiel, cadre technique, représentant de mineur, médecin etc), les autorisations anti-dopage, la vérification de non contre-indication médicale à la pratique, les souscriptions d'assurances, des envois d'abonnements, de propositions commerciales. Au titre du RGPD, vous disposez des droits suivants : droit d'opposition, droit d'accès et de rectification, et pour des cas ou motifs limitativement énumérés, droit à l'effacement ou à la limitation du traitement ; vous disposez par ailleurs d'un droit à la portabilité de vos données et du droit de définir des directives relatives à leur sort en cas de décès.



Réservé Club/CR/FFB

Date saisie \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Bordereau n° .....

### CERTIFICAT MEDICAL VALABLE UNE SAISON SPORTIVE A ADRESSER AU MEDECIN FEDERAL NATIONAL

Postulant(e) : .....

#### ANTECEDENTS personnels

Antécédents Médicaux.....

Antécédents Fracturaires.....

Antécédents Chirurgicaux.....

Antécédents d'Hospitalisation.....

#### ANTECEDENTS familiaux (cochez les cases)

décès avant 40 ans chez les hommes

décès avant 50 ans chez les femmes

Taille ..... cm Poids..... kg

Traitements médicaux habituels  Oui  Non

#### Vaccinations demandées

DT Polio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hépatite B \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sérologie anticorps Anti HBS \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Taux.....

TA..... Pouls.....

Si oui lesquels.....

A signaler : .....

Je, soussigné ..... docteur en médecine, CERTIFIE, que ..... ne présente aucune contre-indication à la pratique de la BOXE AMATEUR (entraînements et combats).

Délivré à ..... le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature du médecin et n° RPPS

Cachet du médecin indiquant nom et adresse obligatoire

L'examen ci-dessous doit être établi par un MEDECIN OPHTALMOLOGISTE

Postulant(e) : .....

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 (strabisme excepté)  
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
Oeil droit			
Oeil gauche			

- 2 - Champs visuel.....
- 3 - Tonus oculaire.....
- 4 - Motilité oculaire.....
- 5 - Vision Binoculaire.....
- 6 - Milieux transparents.....
- 7 - Gonioscopie.....
- 8 - Fond d'oeil (verre à 3 miroirs)  
o Justification d'un traitement laser ?.....
- 9 - Observation .....

Je, soussigné ..... docteur Ophtalmologiste, CERTIFIE, que..... ne présente aucune contre-indication ophtalmologique à la pratique de la BOXE AMATEUR.

Délivré à ..... le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du médecin et n° RPPS

Cachet du médecin indiquant nom et adresse obligatoire

**CONDITIONS DE DELIVRANCE DE LA LICENCE B.A. ANNEE 2019/2020**

o Pour les catégories de poids, voir les codes sportifs.

**Informations**

o La licence de boxe amateur (1ère demande ou renouvellement) ne peut être délivrée à un(e) postulant(e) ayant atteint l'âge de 40 ans au 1er septembre de la saison en cours.

o Pour les postulant(e)s ayant atteint l'âge de 32 ans au 1er septembre de la saison en cours, la demande de licence (1ère demande ou renouvellement) nécessite :

- une Angio IRM cérébrale (valable 3 saisons sportives consécutives, ou à renouveler en cas de KO ou sur avis médical)
- ECG d'effort (à la première licence quelque soit l'âge).

**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 FFBoxe 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) relative aux Garanties de base proposées par la FFBoxe et de celle du contrat complémentaire SPORTMUT (optionnelle) proposée par la mutuelle des sportifs (voir ci-dessous).**

**GARANTIES LICENCE-ASSURANCE 2019/2020 (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° 2082 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 6 100€ 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) 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 - Mail : assistance@mutuaide.fr
- **RESPONSABILITE CIVILE & DEFENSE PENALE / RECOURS** : garanties souscrites auprès de la MAIF.

Je soussigné ..... | ou 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 FFBoxe, 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 : 1,49€ 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.



**0.800.15.2000**



[www.afld.fr/vidal.php](http://www.afld.fr/vidal.php)  
Licence BA 2/2