



**FICHE DE CONSULTATION DE NON CONTRE-INDICATIONS A LA PRATIQUE  
DES SPORTS DE CONTACTS SANS CASQUE ET AVEC TRANSFERT D'ENERGIE  
A L'IMPACT :  
COMPETITION PROFESSIONNELLE**

<b>DISCIPLINES</b>	<b>NIVEAU PROFESSIONNEL</b>
MUAY THAI- BOXE THAI	
KICK-BOXING	
FULL CONTACT- BOXE AMERICAINE	
K1 RULES	
PANCRACE	
CHAUSSEFIGHT	
BOXE BOJI	

Ce certificat doit être établi par un médecin titulaire du diplôme français de docteur en médecine spécialiste de médecine du sport ou agréé par la FFSCDA. Un ECG de repos et un bilan biologique sont obligatoires. Un examen ophtalmologique fait par un spécialiste est obligatoire. Les examens complémentaires préalables sont obligatoires

**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 professionnelle

Cette activité sportive nécessite un excellent état cardiaque et neurologique. La réalisation d'un bilan biologique et d'un tracé ECG de repos interprété sont obligatoires.

A partir de 35 ans un ECG d'effort tous les 4 ans est obligatoire

Une consultation spécialisée en ophtalmologie est obligatoire.

Des examens complémentaires préalables sont obligatoires (EEG et IRM ou scanner cérébral)

Il relève de votre seule décision de déterminer les examens complémentaires supplémentaires qu'il vous paraîtra utile 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.
- hépato ou splénomégalie
- antécédents de coma ou de lésions cérébrales
- trouble de l'équilibre
- épilepsie
- un trouble de la coagulation ou la prise d'un traitement altérant la coagulation
- sérologie VIH, Ag HBS, Anticorps HCV

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

L'ensemble des contre-indications peut être retrouvé sur le site Internet fédéral :  
**[www.sportsdecontact.fr](http://www.sportsdecontact.fr)**



**ANTECEDENTS MEDICAUX**

À remplir par le postulant avec l'aide éventuelle du médecin consulté

**ANTECEDENTS FAMILIAUX**

\*

\*\*

Cardiaques	Oui	Non		Oui
Neurologiques	Oui	Non		Oui
Psychiatriques	Oui	Non		Oui
Diabète	Oui	Non		Oui
Cholestérol	Oui	Non		Oui
Triglycérides	Oui	Non		Oui
Allergique	Oui	Non		Oui

**ANTECEDENTS PERSONNELS**

Asthme	Oui	Non		Oui
Tuberculose	Oui	Non		Oui
Maladies du cœur palpitations douleurs	Oui	Non		Oui
Maladies des reins et des voies urinaires	Oui	Non		Oui
Appareil génital	Oui	Non		Oui
Diabètes	Oui	Non		Oui
Maladies du sang	Oui	Non		Oui
Transfusion	Oui	Non		Oui
Méningite encéphalite	Oui	Non		Oui
Epilepsie	Oui	Non		Oui
Perte de connaissance	Oui	Non		Oui
maux de tête	Oui	Non		Oui
tremblements troubles de l'équilibre, vertiges	Oui	Non		Oui
traumatisme crânien avec ou sans perte de connaissance précisez	Oui	Non		Oui
Antécédents psychiatriques	Oui	Non		Oui
troubles du comportement	Oui	Non		Oui
rhumatisme articulaire aigu	Oui	Non		Oui
maladies vénériennes	Oui	Non		Oui
maladie de la peau	Oui	Non		Oui
réactions allergiques	Oui	Non		Oui
fracture du crâne des vertèbres	Oui	Non		Oui
autres fractures précisez..... précisez : .....	Oui	Non		Oui
autre maladie ou accident précisez.....	Oui	Non		Oui
intervention chirurgicale précisez..... .....	Oui	Non		Oui
traitement médicamenteux régulier précisez..... .....	Oui	Non		Oui

Vaccinations : (date) : BCG :..... Tétanos/polio :.....  
 .....  
 .....

*\*antécédents au moment de la prise de la première licence*

*\*\*antécédents déclarés lors de la prise d'autres licences*



**EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE  
DES SPORTS DE CONTACT  
ET DISCIPLINES ASSOCIEES  
NIVEAU PROFESSIONNEL**

**EXAMEN CLINIQUE**

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

- examen morpho-statique : Rachis : ..... MI : ..... MS : .....

Empreintes podologiques : .....

- appareil cardio-vasculaire auscultation cardiaque : ..... Tracé ECG de repos .....

ECG d'effort tous les quatre ans à partir de 35 ans : .....

TA et FC (Step Test 3min : 40 cm pour l'homme et 33cm pour la femme)

	<b>FC</b>	<b>TA</b>	<b>STT (FC x TA sys)</b>
REPOS			
APRES L'EFFORT			
1' APRES RECUPERATION			
3' APRES RECUPERATION			

- auscultation cardiaque : .....

- Tracé ECG de repos : .....

- ECG d'effort tous les quatre ans à partir de 35 ans : .....

- examen pulmonaire : .....

- examen ostéo-articulaire : .....

- examen neurologique : marche aveugle sur place (fukuda) .....

Romberg sensibilisé ..... Barré : ..... Mingazini .....

Talons genoux ..... Doigt nez ..... ROT ..... RCP .....

- examen stomatologique (denture) : Caries, obturations, dents manquantes, malpositions dentaires, .....

- examen O.R.L. (acuité auditive tympan perméabilité nasale) : .....

- aires ganglionnaires : .....

- examen abdominal (sangle abdominale orifices herniaires cicatrices hépato ou splénomégalie) : .....

- examen génito-urinaire : .....

- examen dermatologique : .....

- examen ophtalmologique : acuité visuelle : ..... Mobilité oculaire : .....

Champ visuel aux doigts : ..... RPM : ..... ROM : .....

Anomalies des annexes : .....

Bilan biologique :

Sérologie recommandée chaque année :

Glycosurie, protéinurie recommandée chaque année

NFS, TP TCA, créatinémie chaque année.



**EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE SPECIALISE**

Contre indications absolues :

- Chirurgie intra oculaire
- Amblyopie
- Myopie supérieure à deux dioptries
- 1-Acuité visuelle (notée en toutes lettres et sans surcharges en dixième avec éventuelle formule de correction

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

- 2-champs visuel.....
- 3-tonus oculaire.....
- 4-motilité oculaire.....
- 5-vision binoculaire.....
- 6-milieus 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 ce jour le : ..... M. : .....et n'avoir pas constaté de signes ophtalmologiques apparents contre indiquant la pratique des sports de contact sans casque et avec transfert d'énergie.

Cachet

lieu ..... date.....

Signature



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DES SPORTS DE CONTACT EN COMPETITION NIVEAU PROFESSIONNEL**

Je soussigné, Docteur .....

Certifie avoir examiné le : .....  
(En lettres capitales) (Date de l'examen)

Certifie avoir examiné M.....Né (e) le : .....  
(Mentionner le nom et prénom)

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique en catégories professionnelle au niveau Elite ou National/ international des sports de contact sans casque et avec transfert d'énergie à l'impact

Fait à : ..... le : .....

Signature et cachet du médecin