**CERTIFICAT MEDICAL**

**DE NON CONTRE-INFDICATION A LA PRATIQUE DE LA BOXE FRANCAISE**

Je soussigné, Docteur …………………………………………………………………………….( en lettres capitales)

Certifie avoir examiné Mr / Mme /(rayer les mentions inutiles)……………………………………………………………………………………………(mentionner les noms et prénom)

Née le : ………………………………………………………………à ……………………………………………………………………………..

Et

N’avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique de l’entraînement, du loisirs et des compétitions ( Educatif, Assaut, Combat et Light) en Savate Boxe Française

Fait à : ……………………………………………… Le :………………………………………………………….(date de l’examen)

Signature et cachet du médecin :

ATTENTION : l'obtention du certificat médical est la conclusion d'un examen réalisé selon les règles de bonne pratique validé par les sociétés savantes.

 Les commissions médicales des différentes fédérations 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 41 27- 28 du code de la santé publique article 28 du code de la déontologie).

Généralement pour leurs activités sportives les commissions médicales préconise pour les vétérans 1ECG de repos interprété valable 2 ans il relève du médecin signataire de ce certificat de déterminer les examens complémentaires qui lui paraîtra utile et de demander pour établir ou non ce certificat.