



FICHE DE CONSULTATION DE NON CONTRE-INDICATIONS A LA PRATIQUE SANS PROTECTION CEPHALIQUE DU KICK BOXING / MUAYTHAI ET DISCIPLINES ASSOCIEES

Ce certificat peut être établi par tout médecin titulaire du diplôme français de docteur en médecine générale.

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 compétition sans protection céphalique et avec transfert d'énergie à l'impact.

L'obtention du certificat médical est la conclusion d'un examen médical réalisé selon des règles de bonne pratique validée par les sociétés savantes. Cependant, la commission médicale fédérale de la FFKMDA 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.4127-28 du code de la santé publique [article 28 du code de déontologie]).

Cette activité sportive nécessite :

- ECG de repos interprété, valable 1 an
- Un fond d'œil 3 miroirs, valable 1 an

Il relève de votre seule décision de déterminer les examens complémentaires 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.
- hépatomégalie 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
- Myopies supérieures à 3,5 dioptries
- chirurgies intra-oculaires et réfractives
- amblyopies acuité inférieure à 3/10 avec correction ou 6/10 ODG

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



**EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DES SPORTS DE CONTACT EN COMPETITION SANS
CASQUE ET TRANSFERT D'ENERGIE A L'IMPACT
EN KICK BOXING / MUAYTHAI ET DISCIPLINES ASSOCIEES**

EXAMEN CLINIQUE

Taille :

Poids :

IMC :

- examen morfo-statique : Rachis :..... MI :..... MS :.....
- appareil cardio-vasculaire : FC de repos :.....TA de repos :.....
- auscultation cardiaque :
- tracé ECG de repos :
- examen pulmonaire :
- examen ostéo-articulaire :
- examen neurologique :
- examen stomatologique :
- examen O.R.L. :
- examen génito-urinaire :
- examen dermatologique :

Anomalies des annexes :



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
OD			
OG			

2 Champ visuel.....

3- Tonus oculaire.....

4 Motilité oculaire.....

5 Vision binoculaire.....

6 Milieux 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 le :.....

M. :.....

et ne pas avoir constaté de signes ophtalmologiques apparents contre indiquant la pratique du Kick boxing, du Muaythaï et de leurs disciplines associées, sans protection cephalique et avec transfert d'énergie à l'impact.

Cachet

lieu date.....

Signature



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DES SPORTS DE CONTACT EN COMPETITION SANS
CASQUE ET TRANSFERT D'ENERGIE A L'IMPACT EN KICK BOXING /
MUAYTHAI ET DISCIPLINES ASSOCIEES**

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 des sports de contact (kick boxing, Muaythaï et disciplines associées) sans protection cephalique et avec transfert d'énergie à l'impact.

Fait à : le :

Signature et cachet du médecin