



FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

DEMANDE DE LICENCE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

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* :

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 MEDICAL ANNUEL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION
À LA PRATIQUE DES DISCIPLINES FÉDÉRALES



Saison 2026-2027

Le certificat doit être établi par un médecin titulaire du Doctorat d'État et entièrement rempli.

Date, lieu, signature, numéro RPPS et cachet professionnel personnel du praticien obligatoire.

Note à l'usage du médecin examinateur :

- Ne pas omettre d'apposer votre signature et votre cachet personnel dans le cadre « certificat médical » prévu ci-dessous à cet effet.
- L'obtention de ce certificat est la conclusion d'un examen médical qui engage la responsabilité du médecin signataire.
- Le postulant doit subir une visite médicale obligatoire qui établira la normalité de l'examen clinique.
- Tout(e) postulant(e) qui sollicite une licence doit signaler au médecin auquel il(elle) demande ce certificat, toute anomalie de son état physique ou toute malformation congénitale ou acquise qu'il(elle) pourrait présenter.
- Tout certificat incomplet sera automatiquement refusé.

FFBoxe – Certificat d'absence de contre-indication à la pratique des DISCIPLINES FÉDÉRALES

AÉROBOXE BOXE ÉDUCATIVE ASSAULTS LOISIR HANDI BOXE PRESCRI BOXE

Je soussigné(e) Docteur (prénom et nom obligatoires) :

Certifie que :

Mr, Mme (prénom et nom obligatoires) :

Date de naissance (obligatoire)/...../.....

Les postulants ayant plus de 40 ans au 1^{er} septembre de l'année en cours doivent obligatoirement pratiquer une épreuve d'effort cardiaque maximale qui sera valable 3 saisons sportives consécutives.

Ne cocher qu'une seule case :

Ne présente pas de contre-indication, décelable ce jour, à la pratique de la / des **DISCIPLINE(S) FEDERALE(S), cochée(s) ci-dessus.**

Présente une contre-indication médicale à la pratique des **DISCIPLINES FEDERALES.**

Observations :

Certificat établi le :/...../..... À

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

N° RPPS :

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