

Certificat d'absence de contre-indication à la pratique du MMA

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné M. Mme. Mlle

(rayer les mentions inutiles)

né(e) le :

Demeurant :

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la **pratique du MMA**.

Pour tout renseignement concernant les contre-indications médicales relatives à la pratique du MMA hors compétition, le service médical de la FMMAF est joignable à cette adresse : medical@fmmaf.fr

Lieu :

Date :

Tampon et signature

Certificat médical de non contre-indication à la pratique du MMA en compétition

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné M. Mme. Mlle

(rayer les mentions inutiles)

né(e) le :

Demeurant :

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant
la **pratique du MMA en compétition**.

Lieu :

Date :

Tampon et signature

Le service médical de la FMMAF est joignable à cette adresse : medical@fmmaf.fr

Des contre-indications formelles à la pratique du MMA sont identifiées :

- Comitialité (épilepsie) ;
- Antécédents neurochirurgicaux ;
- Chirurgie ophtalmologique y compris réfractive ;
- Hépatite B/C (active ou chronique) ;
- H.I.V. ;
- Absence d'un organe pair (sauf oreille).

Certificat médical de non contre-indication à la pratique du MMA Junior amateur en compétition

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné M. Mme. Mlle

(rayer les mentions inutiles)

né(e) le :

Demeurant :

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la **pratique du MMA Junior amateur en compétition**.

Lieu :

Date :

Tampon et signature

Le service médical de la FMMAF est joignable à cette adresse : medical@fmmaf.fr

Des contre-indications formelles à la pratique du MMA sont identifiées :

- Comitialité (épilepsie) ;
- Antécédents neurochirurgicaux ;
- Hépatite B/C (active ou chronique) ;
- H.I.V. ;
- Absence d'un organe pair (sauf oreille).

Certificat médical ophtalmologique de non contre-indication à la pratique du MMA en compétition

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné M. Mme. Mlle

(rayer les mentions inutiles)

né(e) le :

Demeurant :

Certifie avoir effectué au minimum les examens ophtalmologiques suivant :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acuité visuelle en dixième avec correction | <input type="checkbox"/> Motilité oculaire |
| <input type="checkbox"/> Champ visuel au doigt | <input type="checkbox"/> Vision binoculaire |
| <input type="checkbox"/> Tonus oculaire | <input type="checkbox"/> Milieux transparents |
| <input type="checkbox"/> Fond d'œil | <input type="checkbox"/> Gonioscopie |

N'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la **pratique du MMA en compétition**.

Lieu :

Date :

Tampon et signature

Le service médical de la FMMAF est joignable à cette adresse : medical@fmmaf.fr

Les contre-indications formelles à la pratique du MMA amateur sont notamment :

- La chirurgie intra-oculaire et/ou réfractive (strabisme excepté) ;
- L'amblyopie (inférieure à 3/10 avec correction) ;
- La myopie (supérieure à 3,5 dioptries) ;
- La cataracte ;
- La cécité.