

**ASSOCIATION CANADIENNE DE BOXE AMATEUR**

**Formulaire Médical - 1re partie**

(veuillez écrire lisiblement)

**1re partie - A remplir par l'athlète ou un parent ou tuteur, dans le cas d'un athlète mineur**

Name \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

No. Ass. Mal. \_\_\_\_\_ Autre (GMS, Croix Bleu) \_\_\_\_\_

Weight \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ Club de boxe \_\_\_\_\_

(Si l'athlète est atteint ou a déjà été atteint d'une des maladies suivantes, veuillez en fournir les détails dans l'espace ci-dessous).

	√ OUI	√ NON
1. Déficience, infection ou blessure aux yeux ou aux oreilles	_____	_____
2. Fièvre rhumatismale, tuberculose, pleurésie ou asthme	_____	_____
3. Désordre rénal ou urinaire, un rein	_____	_____
4. Diabète sucré	_____	_____
5. Indigestion, vomissements, crampes abdominales	_____	_____
6. Dépression nerveuse, blessure à la tête, convulsions	_____	_____
7. Infections aiguës	_____	_____
8. Fractures, luxations, foulures graves	_____	_____
9. Épilepsie chez l'athlète ou dans la famille	_____	_____
10. Suspensions à la boxe	_____	_____

Date \_\_\_\_\_

Signature de l'athlète \_\_\_\_\_

(Signature of parent ou tuteur) \_\_\_\_\_

**2e partie - À remplir par le médecin**

Remarque: Les conditions suivantes peuvent empêcher la participation à la boxe: (1) Visibilité réduite - l'oeil le plus atteint à moins de 20/120 et l'oeil le moins atteint voit à moins de 20/60; 2) Strabisme; 3) Otite moyenne suppurée chronique récurrente; 4) Expansion de la poitrine inférieure à 2 pouces; 5) Albuminurie de surdité complète; 7) Hernie, m egalosplanchnie ou cryptorchidie; 8) Lésions au coeur.

TAILLE \_\_\_\_\_ POIDS \_\_\_\_\_ EXPIRATION \_\_\_\_\_ INSPIRATION \_\_\_\_\_

VISION: oeil droit 20/ \_\_\_\_\_ oeil gauche 20/ \_\_\_\_\_

COULEUR VISION \_\_\_\_\_ OREILLES (état de TMS et niveau de surdité) \_\_\_\_\_

DENTS (broches) \_\_\_\_\_

Y a-t-il une anomalie de la poitrine, du coeur, BO ou SNC \_\_\_\_\_

Y a-t-il une hernie, une m egalosplanchnie ou une cryptorchidie \_\_\_\_\_

Analyse d'urine (labetis): Sucre \_\_\_\_\_ Protéines \_\_\_\_\_ Sang \_\_\_\_\_

Radiographie de la poitrine en cas de tuberculose dans la famille seulement \_\_\_\_\_

**Supplément pour les boxeuses** Remarque: une grossesse confirmée entra ene la disqualification à la boxe.

Y a-t-il des lésions aux seins, des saignements, des masses, autres dysfonctions, de la douleur? \_\_\_\_\_

Anomalie du cycle menstruel? Aménorrhée? \_\_\_\_\_

Douleurs dans le bas du ventre? \_\_\_\_\_

*J'atteste que l'athlète peut / ne peut pas faire de la boxe* \_\_\_\_\_

Nom et numéro de licence du médecin: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

No. de téléphone: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_