

**EXAMEN OPHTHALMOLOGIQUE OBLIGATOIRE**  
**valable 2 saisons sportives consécutives**

L'examen ci-dessous doit être établi par un MEDECIN OPHTHALMOLOGISTE qui doit s'assurer de l'identité du postulant.

**Nom du Postulant** .....

**Prénom** .....

Les délais d'obtention des rendez-vous chez les ophtalmologistes doivent vous faire anticiper la prise de rendez-vous.

**CONTRE-INDICATION ABSOLUES**

**Chirurgie intra-Oculaire et/ou réfractive**

**Amblyopie** (AV < à 3/10 avec correction)

**Myopie** < à 3,5 dioptries

**Cataracte**

**Cécité**

① Acuité visuelle en toute lettre sans surcharge en dixièmes et éventuellement avec **Correction**.

	<b>Sans correction</b>	<b>Formule de la correction</b>	<b>Avec correction</b>
<b>œil droit</b>			
<b>œil gauche</b>			

② **Champs visuel** .....

③ **Tonus oculaire** .....

④ **Motilité oculaire** .....

⑤ **Vision Binoculaire** .....

⑥ **Milieus transparents** .....

⑦ **Gonioscopie** .....

⑧ **Fond d'œil** (verre à 3 miroirs)

• Justification d'un traitement laser ?

⑨ **Observation** .....

Je soussigné Dr .....

**Ophtalmologiste, Certifié, que M.** .....

**Ne présente aucune contre-indication à la pratique de la boxe amateur**

Délivré à ..... le .....

*signature du médecin et N° RPPS*

*cachet du médecin indiquant nom et adresse obligatoire*