

ASSOCIATION CANADIENNE DE BOXE AMATEUR
Formulaire Médical - 1^{ère} partie
(veuillez écrire lisiblement)

1^{ère} partie - (À remplir par l'athlète ou un parent ou tuteur, dans le cas d'un athlète mineur)

Nom _____ Date de naissance _____
 Adresse _____
 _____ Téléphone (____) _____
 No. d'assurance maladie _____ 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, vomissement, 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)

2^{ème} partie - À remplir par le médecin

Remarque: Les conditions suivantes peuvent empêcher la participation à la boxe : (1) Visibilité réduite - l'œil le plus atteint à moins de 20/120 et l'œil le 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; (6) Hernie, mégalosplanchnie ou cryptorchidie; (7) Lésions au cœur.

TAILLE _____ POIDS _____ EXPIRATION _____ INSPIRATION _____
 VISION: œil droit 20/ _____ œil gauche 20/ _____
 COULEUR VISION _____
 OREILLES (état de TMS et niveau de surdité) _____
 DENTS (broches) _____
 Y a-t-il une anomalie de la poitrine, du cœur, BO ou SNC _____
 Y a-t-il une hernie, une mégalosplanchnie 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 entraîne 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 : _____

 Signature : _____ No. de téléphone : _____
 _____ Date _____