



CS MUAY THAI

Club de Muay Thai et Kickboxing · Tucquegnieux (54)
www.csmuaythai.fr

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

à la pratique du Muay Thai et du Kickboxing en compétition · Saison 2026-2027

Le certificat médical mentionné aux articles L. 231-2 et L. 231-2-3 du Code du sport atteste l'absence de contre-indication à la pratique du sport en compétition. Les sports de combat pouvant se terminer par KO font partie des disciplines à contraintes particulières : le certificat doit dater de moins d'un an.

Je soussigné(e) Dr , Docteur en médecine,
après avoir examiné ce jour :

Nom : Prénom :

Né(e) le : ____ / ____ / ____

certifie que son état de santé actuel ne présente pas de contre-indication à la pratique en compétition des disciplines cochées ci-dessous :

Discipline	Pratique	Autorisée
Muay Thai	Combat plein contact (KO possible)	☐
Kickboxing / K1 rules	Combat plein contact (KO possible)	☐
Muay Thai / Kickboxing	Assaut, éducatif, light contact	☐
Muay Thai / Kickboxing	Entraînement loisir sans compétition	☐

Restrictions éventuelles (à préciser par le médecin) :

.....
.....
.....

Fait à le ____ / ____ / ____

Signature et cachet du médecin

Pièces médicales demandées par le club pour tout combattant :

ce certificat, un électrocardiogramme (ECG) de repos et l'examen ophtalmologique avec fond d'œil (page 2).
Dossier à remettre au club avant tout combat, gala ou compétition.



CS MUAY THAI

Club de Muay Thai et Kickboxing · Tucquegnieux (54)
www.csmuaythai.fr

EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE SPÉCIALISÉ

à faire remplir par un ophtalmologiste avant toute pratique en combat

Contre-indications absolues :

- Chirurgie intra-oculaire et réfractive
- Amblyopie : acuité inférieure à 3/10 avec correction, ou 6/10 ODG
- Myopie supérieure à 3,5 dioptries

1. Acuité visuelle (notée en toutes lettres et sans surcharge, en dixièmes, avec formule de correction)

Œil	Sans correction	Formule de correction	Avec correction
OD			
OG			

2. Champ visuel :

3. Tonus oculaire :

4. Motilité oculaire :

5. Vision binoculaire :

6. Milieux transparents :

7. Fond d'œil (examen aux 3 miroirs) :

8. Anomalie d'ordre pathologique :

Décision du spécialiste en ophtalmologie

Je soussigné(e) Dr, spécialiste en ophtalmologie,
certifie avoir examiné le ____ / ____ / ____

Nom : Prénom :

Né(e) le : ____ / ____ / ____

et ne pas avoir constaté de signe ophtalmologique apparent contre-indiquant la pratique du Muay Thai,
du Kickboxing et de leurs disciplines associées en combat.

Fait à le ____ / ____ / ____

Cachet et signature