

## 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](mailto: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.