

Nom, prénom du demandeur :

Adresse postale :



Adresse courriel :

Tél :

FEDERATION FRANCAISE DE RUGBY  
**COMITE MEDICAL / SECRETARIAT MEDICAL**  
3/5, RUE JEAN DE MONTAIGU  
91460 MARCOUSSIS

Date de la demande : ...../...../.....

**PHASE 1 : Demande de licence FFR avec port des « Lunettes spéciales rugby » homologuées par World Rugby.**

A la suite de la décision du comité directeur de la FFR du 14/12/2016, relative à la pratique du rugby, sous conditions, par les personnes concernées par les pathologies suivantes :

- myopie supérieure ou égale à 6 dioptries avant chirurgie rétractrice,
- chirurgie rétractrice au LASIK (PKR autorisée),
- antécédents de chirurgie intraoculaire (cataracte et chirurgie vitro-rétinienne),
- œil unique = monophthalme fonctionnel = meilleure AV corrigée inférieure à 1/10°,

**je vous prie de trouver en pièces jointes, les documents suivants :**

- 1.1. Une photocopie de mon dossier médical comportant l'historique de ma pathologie et de son suivi.
- 1.2. Une photocopie du compte-rendu de consultation effectuée auprès d'un médecin spécialisé en ophtalmologie, comportant les résultats des examens suivants :
- **mesure de l'acuité visuelle avec et sans correction.**
  - **calcul de la réfraction.**
  - **un examen clinique des yeux par lampe à fente avec fond d'œil.**
  - **un examen du champ visuel (pour les monophthalmes).**
- 1.3. Si existante, une photocopie de ma carte de qualification délivrée au titre de la saison en cours.

**pour étude par le Comité Médical de la FFR.**

**Dans l'attente de votre décision.**

<b><u>Signature du demandeur :</u></b>          	<b><u>Pour le demandeur mineur :</u></b> Signature(s) obligatoire(s) du(des) représentant(s) légal(légaux) : <b><u>Nom(s) et Prénom(s) du/des signataire(s) :</u></b>  <b><u>Tél :</u></b> <b><u>Signature(s) :</u></b>
--	--