

# La Passerelle - Saison 2017/2018 - Certificat médical



FEDERATION FRANCAISE DU SPORT ADAPTE SAISON SPORTIVE 2017/2018

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

(en *SPORT ADAPTE*) – Durée de validité : Un an - (Obligatoire pour la délivrance d'une licence sportive)

N° de licence : ..... N° Affiliation du Club : 69/04

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie, après avoir examiné Mme, Mr ..... Né(e) le : .....

**Qu'aucun signe d'affection cliniquement décelable, ce jour, ne contre indique la pratique :**

**Si nécessaire rayer la mention inutile**

A. des activités physiques et sportives adaptées (secteur non compétitif)\*

Avec participation possible à des manifestations d'activités motrices, de sport loisir et de sport pour tous\*

B. des compétitions sportives adaptées\*

[\**rayer la mention inutile*]

> **Dans les disciplines suivantes :** (*rayer uniquement les disciplines contre-indiquées*)

SPORTS INDIVIDUELS	SPORTS D'EQUIPE ACTIVITES DUELLES	SPORTS D'OPPOSITION	ACTIVITES ET SPORT DE NATURE
Athlétisme et Cross Aviron - Cyclisme / VTT Frisbee - Golf - Gymnastique Activités Physiques d'Expression Natation – Pétanque Sports boules - Sports de quilles Patinage sur glace – Roller skating Tir à l'Arc	Basket-Ball Badminton Football Handball Hockey/Gazon Rugby Volley-Ball	Boxe Anglaise – Boxe Française Escrime  Judo – Karaté - Taekwondo Lutte Pelote Basque Tennis Tennis de Table	Canoë-Kayak Equitation Escalade Randonnée Pédestre Raquettes Neige Spéléologie - Ski Surf - Voile

**Contre-indication à séjourner en eaux thermales**  OUI  NON

## Renseignements complémentaires

Niveau approximatif : .....

Autres maladies ou malformations (rayer les mentions inutiles) :

Déficit sensoriel	OUI – NON	Type :
Cardio-vasculaire	OUI – NON	Type :
Respiratoire	OUI – NON	Type :
Neurologique	OUI – NON	Type :
Déficit locomoteur	OUI – NON	Type :
Gynécologique	OUI – NON	Type :
Psychiatrique	OUI – NON	Type :
Antécédents chirurgicaux	OUI – NON	Type :
Trouble du caractère ou du comportement	OUI – NON	Type :
Altitude déconseillée	OUI – NON	A partir de :
Activités en eau thermale autorisées	OUI – NON	

Restrictions ou remarques éventuelles : .....

Fait à ..... le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature et cachet du médecin :

Bureau : 140 rue de la Poudrette, 69100 Villeurbanne

Siège social : Espace Lucien Lachaize, 1 rue Curie, 69300 Caluire.

Tél : 04.82.31.70.14 / 06.70.94.92.19 / Mail : [asso.lapasserelle@free.fr](mailto:asso.lapasserelle@free.fr) / Site [www.lapasserelle-sportadapte.fr](http://www.lapasserelle-sportadapte.fr)