

La Passerelle - Saison 2018/2019 - Certificat médical

OBLIGATOIRE POUR UNE PREMIERE INSCRIPTION OU SI UNE REPONSE POSITIVE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE

FEDERATION FRANCAISE DU SPORT ADAPTE SAISON SPORTIVE 2018/2019

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

(en *SPORT ADAPTE*) – Durée de validité : trois ans - (Obligatoire pour la délivrance d'une première licence sportive ou si une réponse positive au questionnaire de santé)

Pour les personnes qui partent en vacances d'été avec le Sport Adapté et afin que le certificat médical soit valable jusqu'à fin août 2019, faire compléter par le médecin à partir du 1er septembre 2018

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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 :