

Certificat médical handisport

Je soussigné(e), Docteur _____

CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR

Nom et Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / ____

Sexe : Masculin Féminin

Et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION à la pratique sportive

de compétition

de loisir

Remarques restrictives éventuelles : _____

Remarques :

→ **Le code du sport impose la présentation préalable d'un certificat médical datant de moins d'un an et attestant l'absence de non contre-indication avant la délivrance d'une licence sportive**

- Systématiquement pour toute première demande de licence (*article L231-2 du code du sport*)
- Annuellement pour tout compétiteur (certificat datant de moins d'un an) (*article L231-3 du code du sport*)
- Conformément à l'article L231-2 du code du sport, la FFH exige pour tout renouvellement de licence, pour un pratiquant, un certificat médical.

→ Multiactivité

Le code du sport précise : « ...un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique de l'activité physique ou sportive pour laquelle elle est sollicitée »

Ce qui veut dire que ce certificat ne peut être délivré pour « toute activité » et qu'il doit préciser telle(s) ou telle(s) activités.

D'où l'obligation de cocher les activités pratiquées page 2

→ Ne pas oublier de dater et signer le certificat.

Liste des activités sportives handisport

→ Cocher toutes les activités concernées par ce certificat médical en spécifiant le type de pratique (loisir ou compétition) :

Compét	Loisir	Activités Sportives
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACCROBRANCHE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AVIRON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BOCCIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CANOE-KAYAK/PIROGUE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COURSE D'ORIENTATION
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CYCLISME HANDCYCLE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CYCLISME SOLO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CYCLISME TANDEM
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CYCLISME TRICYCLE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CYCLISME VTT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EQUITATION
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESCALADE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESCRIME
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GOLF

Compét	Loisir	Activités Sportives
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RAFTING
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RANDONNEE - FTT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RANDONNEE -Joelette
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RANDONNEE PEDESTRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SARBACANE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TENNIS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIR A L'ARC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIR A LASER
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIR SPORTIF
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VOILE
	<input type="checkbox"/>	AUTRES :

Nombre de cases cochées : _ _ _ _

Date de l'examen médical : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Cachet professionnel:

Signature du médecin :