

## 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.

<b>Liste des activités sportives handisport</b>
---

→ 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"/>	<b>AUTRES :</b>

Nombre de cases cochées : \_ \_ \_ \_

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

Cachet professionnel:

Signature du médecin :