



## 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.

Multi-activités : 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.**

### Liste des activités sportives handisport

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

Activités sportives	compétition	loisir
Canoë kayak pirogue aviron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Course d'orientation ou course	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cyclisme handbike	<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"/>
Escalade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Randonnée pédestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ski alpin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ski nordique /biathlon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cachet professionnel:

Signature du médecin :

Nombre de cases cochées : -----

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