

Je, soussigné(e), Docteur |
 Numéro RPPS :

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom et Prénom :

Date de naissance : / / ... Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION
 à la pratique sportive des activités cochées en page suivante

Remarques restrictives éventuelles :

LISTE DES ACTIVITÉS SPORTIVES HANDISPORT

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

Activité Sportive	Loisir / Compétition		Activité Sportive	Loisir / Compétition	
Athlétisme	●	●	Hockey sur glace	●	●
Aviron	●	●	Judo	●	●
Badminton	●	●	Karaté	●	●
Ball Trap	●	●	Natation	●	●
Basket-ball	●	●	Plongée subaquatique	●	●
Billard	●	●	Randonnée - FTT	●	●
Boccia	●	●	Randonnée - joëlette	●	●
Bowling	●	●	Randonnée pédestre	●	●
Boxe	●	●	Glisse urbaine (roller, skate, ...)	●	●
Canoe-kayak / pirogue	●	●	Rugby	●	●
Cécifoot	●	●	Sarbacane	●	●
Curling	●	●	Showdown	●	●
Cyclisme Handcycle	●	●	Ski alpin	●	●
Cyclisme solo	●	●	Ski nordique/ Biathlon	●	●
Cyclisme tandem	●	●	Snowboard	●	●
Cyclisme tricycle	●	●	Sports boules / Pétanque	●	●
Danse	●	●	Tir sportif	●	●
Développé Couché & Musculation (Haltérophilie)	●	●	Taekwondo	●	●
Equitation	●	●	Tennis	●	●
Escalade	●	●	Tennis de table	●	●
Escrime	●	●	Tir à l'arc	●	●
Football	●	●	Triathlon	●	●
Foot fauteuil	●	●	Voile	●	●
Futsal	●	●	Volleyball	●	●
Goalball / Torball	●	●	Autre(s) :	●	●
Golf	●	●			
Gymnastique	●	●			
Handball	●	●			

Nombre de cases cochées: Cachet professionnel:

Date de l'examen médical: / / Signature du médecin:



2 Place Jean Sans Terre
 (Quartier de Beaulieu)
 86000 Poitiers
 05 49 58 42 83
 association@asshav.com

LICENCE AU CLUB 2026/2027

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

Date de naissance

Lieu et département de naissance

.....

Adresse

.....

Téléphone fixe/port.....

Mail (obligatoire)

→ Si pratiquant sous tutelle ou curatelle, champs obligatoires, ci-dessous, à remplir par le représentant

Nom

Prénom

Date de naissanceMail.....

La licence

		Prix fédérale	Prix associatif	Total	
Type de licence	☐ Compétition + 20 ans	71 €	59 €	130 €	Sport pratiqué (obligatoire):
	☐ Compétition - 20 ans	33 €	59 €	92 €	
	☐ Cadre	33 €	37 €	70 €	Fonction: Sport:
	☐ Loisir	33 €	37 €	70 €	Sport(s) pratiqué(s): 1er (obligatoire): 2eme (facultatif):

Nature du handicap

- | | |
|---|---|
| ☐ Handicap moteur | ☐ Maladie invalidante |
| ☐ Handicap visuel | ☐ Valide |
| ☐ Handicaps auditif | ☐ Autre (à préciser):
..... |
| ☐ Handicap psychique | |

Assurance

Je soussigné(e)

Déclare avoir :

- pris connaissance des notices d'information afférentes aux garanties de base attachées à ma licence Fédération Française Handisport et de leur coût,
- pris connaissance du bulletin d'adhésion permettant de souscrire personnellement des garanties complémentaires

Garantie de base Individuelle Accident :

- ☒ **OUI**, je souhaite bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » comprise dans ma licence FF HANDISPORT
- ☐ **NON**, je renonce à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et donc à toute couverture en cas d'accident corporel. (Coût remboursé en cas de refus : 0.83 € TTC)

Garanties complémentaires :

- ☐ **OUI**, je souhaite souscrire une option complémentaire. Dans ce cas, je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur, en remplissant le formulaire de souscription correspondant et en le retournant à la MAIF en joignant un chèque à l'ordre de celle-ci du montant de l'option choisie.
- ☒ **NON**, je ne désire pas souscrire d'option complémentaire.

Règlement intérieur et droit à l'image

- Désormais, les futurs licenciés, concernés par la pratique sportive dans la salle d'activité et les autres salles, située 2 place Jean Sans Terre, accepte le **règlement intérieur de l'association** en signant en bas de cette page.

- Le pratiquant:

- ☐ Autorise l'association ASSHAV à utiliser son image à des fins de promotions de nos activités.
- ☐ N'autorise pas l'association ASSHAV à utiliser son image, quel qu'en soit la raison.

Fait le : __/__/____

Signature :

A : _____

Résultats questionnaire de santé FFH



SI VOUS AVEZ REPONDU "NON"

à toutes les questions, vous devez obligatoirement renseigner, signer et remettre à votre club la seule attestation ci-dessous

SI VOUS AVEZ REPONDU "OUI"

à au moins une des questions, vous devez :

- Solliciter un certificat médical auprès d'un médecin. Ce certificat médical devra établir explicitement l'absence de contre-indication à la pratique du-des sports que vous souhaitez pratiquer et devra être daté de moins d'un an par rapport à la date d'inscription au club.
- Remettre le certificat médical à votre club qui le conservera.

ATTESTATION POUR LES MAJEURS

À RENSEIGNER, SIGNER ET REMETTRE OBLIGATOIREMENT PAR LE PRATIQUANT AU CLUB SANS LE QUESTIONNAIRE



Nom :

Prénom :

Saison sportive :

Club d'adhésion :

Par la présente, j'atteste sur l'honneur avoir reçu le questionnaire de santé, avoir pris connaissance des préconisations de la FFH ci-dessus et avoir renseigné le questionnaire de santé qui m'a été remis par le club. Et, j'atteste sur l'honneur avoir répondu par le négative à toutes les questions du questionnaire de santé et je reconnais expressément que les réponses apportées par mes soins relèvent de ma responsabilité exclusive.

Fait à :,

Le :

Pour dire et valoir ce que de droit.

SIGNATURE :