

CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

Ce CACI est obligatoire :

- Pour toute première demande d'option dans une discipline à l'exception de :
 - l'option cadre non pratiquant
 - des options loisir et cadre pratiquant pour les mineurs
- Annuellement pour :
 - tout compétiteur adulte
 - les activités à contraintes particulières (plongée, tir sportif, ball trap et biathlon)
- Si vous avez répondu oui à l'une des questions du Questionnaire de Santé (QS)
- Pour toute première demande d'ATP longue durée

Concernant la pratique de plusieurs activités :

Le code du sport précise que le CACI doit attester de l'absence de contre-indication à la pratique de l'activité physique ou sportive pour laquelle l'option de licence est sollicitée. Ce certificat ne peut être délivré pour "toute activité", il doit lister explicitement les activités pratiquées par le licencié.

Concernant la pratique en compétition :

Le certificat médical doit attester l'absence de contre-indication à la pratique du sport concerné en compétition.

Le nom du médecin, le numéro RPPS et la date d'obtention du certificat médical doivent être impérativement renseignés.

Le non-respect des règles concernant le certificat médical peut engager la responsabilité du licencié, du médecin, du club et des organisateurs d'événements. L'enregistrement volontaire d'informations erronées peut engager la responsabilité de votre club.

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 : _____

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

Cachet professionnel :

Signature du médecin :

