

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA  
PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ADAPTÉES**  
Encadrées par un professionnel diplômé en Activités  
Physiques Adaptées (APAS)

Je soussigné (e)....., Docteur en médecine, certifie  
avoir examiné :

**NOM :** .....  
**Prénom:**.....

**Né(e) le :** ...../...../.....

**Poids**.....Kg      **Taille** .....cm

**Déplacement:**  Debout  Fauteuil Manuel  Fauteuil électrique

Et certifie que son état est apte à la pratique des Activités Physiques Adaptées.

Diagnostic principal, pathologies et antécédents :

Recommandations, précautions et conseils de pratiques (vigilances,  
protocoles à respecter le cas échéant ...):

Date :

Signature et cachet du médecin :



## CLUB APA ENFANTS

### Multi-activités



**LE PLAISIR DE BOUGER ACCESSIBLE À TOUS !**

**TOUS LES MERCREDIS DE 13H30 A 15H00**  
**GYMNASE LA PRESIDENTE**

# ACCESSIBLE A TOUS LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP SOUHAITANT PRATIQUER UNE ACTIVITE PHYSIQUE

Reprise le mercredi 02 octobre



**Renseignements et inscriptions :**

**09.52.83.43.86**

***contact@sports-passions.fr***



Monsieur le Président,

Je soussigné(e), M....., déclare souhaiter devenir membre de l'association SPORTS-PASSIONS APA SANTÉ du 1<sup>er</sup> septembre 2019 au 31 août 2020.

Veillez, par ailleurs, trouver ci-joint le règlement constitutif de ma cotisation due pour l'année en cours, en qualité de :

- **Membre actif ou adhérent** (20 €)
- **Membre bienfaiteur** (30 € et plus)
- **Mineurs**, (5€)

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

E-mail : ..... Tél. : .....

Date de naissance : .....

**En cas d'urgence, prévenir :**

NOM : ..... Prénom : .....

parent  responsable légal  autre (précisez) .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

**Droit à l'image :**

Dans le cadre de ses activités associatives, l'association SPORTS-PASSIONS APA SANTÉ est amenée à prendre des photos et/ou des vidéos de ses membres. Si vous ne souhaitez que l'on utilise votre image à des fins de promotion et de communication (site internet, vidéos, plaquettes, expo photos, presse...), nous vous remercions de l'indiquer ci-dessous :

Je soussigné(e) .....,  AUTORISE,  N'AUTORISE PAS l'association Sports-passions APA Santé à utiliser *mon image / l'image de mon enfant / l'image de la personne dont je suis le responsable légal*, à titre gratuit.

Fait à :

Le :

Signature :