

**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 (y compris en compétition).

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 FOOTBALL ADAPTE

AFFILIE SPORT ADAPTE



LE PLAISIR DE BOUGER ACCESSIBLE À TOUS !

Reprise le lundi 23 septembre
TOUS LES LUNDIS DE 17H30 A 19h30
STADE DE LA GAYONNE

Club de FOOT Adapté affilié à la Fédération Française du Sport Adapté pour celles et ceux qui souhaitent une pratique sportive conviviale et adaptée à leurs capacités.

LOISIR et COMPETITION



Renseignements et inscriptions :

09.52.83.43.86 - contact@sports-passions.fr



CNDS
COMITÉ NATIONAL
POUR LE DÉVELOPPEMENT
DU SPORT



Monsieur le Président,

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

Veuillez, 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 :