



**CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES  
EN SPORT ADAPTE  
SAISON SPORTIVE 2024/2025**

N° de licence FFSA : ..... Nom du club FFSA : .....

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie, après avoir examiné Mme, Mlle, M.....

Né(e) le .....

☐

Qu'aucun signe d'affection cliniquement décelable, ce jour, ne contre indique la pratique de toute. Activité physique et sportive adaptée « hors compétition » que le licencié aura choisie.

(Participation possible à des manifestations d'Activités motrices, de sport loisir et de sport pour tous

☐

Qu'aucun signe d'affection cliniquement décelable, ce jour, ne contre indique la pratique des activités physiques et sportive adaptée « en compétition », dans les disciplines suivantes (citer chacune des disciplines autorisées en compétition), que le licencié aura choisie

-  
-  
-  
-

Restrictions ou remarques éventuelles : .....

.....

NB : pour les disciplines suivantes : alpinisme, boxe anglaise, plongée subaquatique, rugby, spéléologie, se référer à l'article A.231.1 du code du sport, modifié par l'arrêté du 24 juillet 2017, précisant les recommandations de la Société française de médecine de l'exercice et du sport.

Les informations recueillies dans le présent certificat ont pour finalité l'obtention d'une licence d'une fédération sportive (article L 231-2 du Code du Sport).

Ces informations sont enregistrées par l'association à des fins de saisie de la licence.

Elles sont conservées pendant la durée contractuelle de la licence soit, à raison d'une saison sportive par l'association concernée et la date du certificat médical est mentionnée dans le fichier informatisé tenu par la Fédération française du Sport Adapté. Cette durée peut être prolongée dans le cas d'un renouvellement de licence (cf. Page 2 du présent document). Le dossier du sportif comprenant ce certificat médical est également conservé à des fins d'archivage pendant une durée de 10 ans au maximum à compter du non-renouvellement de sa licence par l'association concernée.

Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et d'un droit de rectification ou d'un droit de suppression des données vous concernant.

Afin d'exercer ces droits, vous pouvez contacter l'association qui a saisi votre licence.

Fait à ..... le .....Signature et cachet du médecin