Licence
Adhésion / Assurance
2024 / 2025
01/09/2024 au 31/08/2025

CERCLE HANDI ROCHELAIS
Centre Associatif Charcot
3 rue J. B. CHARCOT 17000 LA ROCHELLE
Tél : 05 16 85 42 88
SITE https://cerclehandirochelais.org
E-mail : cercle.hrochelais@yahoo.com
Cercle Handi Rochelais est une association loi 1901

Licence : Création : ❐ Renouvellement de Licence : ❐ N° . . . . . .

Mme ❐ Mr ❐ Enfant ❐ Fille ❐ Garçon ❐

Nom : . . . . . Nom de jeune fille pour les femmes . . . . . :. . . . . .

Prénom. . . . . La commune de naissance:. . . . . .

Date de naissance : . . . . / . . . . / . . . . . .Le pays de naissance. . . . . Etranger : ❐. . . . . .

Adresse :. . . . .

CP : . . . . . Ville : . . . . . .

Adresse é-mail Obligatoire : . . . . . .

Tél. : Domicile. . . . . Portable. . . . . Travail . . . .

Type de handicap : Valide ❐

Amputé supérieur ❐ Handicap neurologique ❐ Paraplégique ❐ Amputé inf. et sup ❐ Non voyant ❐ Mal voyant ❐

Amputé inférieur ❐ Handicap orthopédique ❐ Poliomyélitique ❐ Tétraplégique ❐ I.M.C ❐ Autre ❐

DEPLACEMENT : ❐ Debout ❐ Fauteuil manuel ❐ Fauteuil électrique

Accord dedroit à l'image pour l'activité Handisport : OUI ❐ NON ❐

Je désire une assurance complémentaire : OUI ❐ NON ❐

❐ Adhésion Club CHR (Seul sans sport)				20 €
Voir (Liste des activités sportives handisport)	1er Sport	2ème Sport Gratuit	3ème Sport Gratuit	
❐ LOISIR (Compris Adhésion CHR) Multi Sports Tout âge				52 €
❐ CADRE + 18 ans (Compris Adhésion CHR) ou Bénévole Gratuite si déjà 1 licence				52 €
❐ COMPETITION -20ans (Compris Adhésion CHR)				52 €
❐ COMPETITION +20ans (Compris Adhésion CHR)				90 €

Montant à régler

. . . . . €

Joindre impérativement votre règlement par chèque à L'ordre du « CERCLE HANDI ROCHELAIS »

(Une participation individuelle peut être demandée dans certaines activités).

Propositions ou questions diverses

.....

Signature / Représentants Légaux

. . . . . .

Fait à : . . . . le : . . . . ./ . . . . ./. . . . . .

IMPORTANT

Joindre un Certificat Médical de non contre indication de moins d'un an (Par activité sportive).

Commission Médicale de la FFH (1 certificat médical de moins d'un an Obligatoire)

Tout adhérent s'engage à respecter les statuts et règlements intérieurs et sur la sécurité.

Toutes informations (activités, assurances ou mutuelle complémentaire)« https://www.handisport.org/ »

Pour les mineurs, La Signature et Obligatoire des Parents ou des Représentants Légaux et vaut autorisation parentale.

Si vous désirez une Attestation Fiscale (Adhésion Club CHR) pour Déduction d'Impôt avant le 31/12

Affiliation Fédération Française Handisport n° 20171124 / Agrément Jeunesse et Sports n° 95 17 028. SIRET n° 421 350 018 000 22 code APE : 9312 Z

SAISON 2024 - 2025

CACI HANDISPORT

Certificatmédical 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 questions du Questionnaire de Santé (QS)

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 médicaldoit 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 médicaldoivent être impérativement renseignés.

Le non-respect des règles concernantle certificat médicalpeut engager la responsabilité du licencié, du médecin, du clubetdes organisateursd'évènements. L'enregistrement volontaired'informations erronées peutengager la responsabilité devotre 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
Athlétisme		
Aviron		
Badminton		
Ball Trap		
Basket-ball		
Billard		
Boccia		
Bowling		
Boxe		
Canoe-kayak / pirogue		
Cécifoot		
Curling		
Cyclisme		
Handcycle Cyclisme		
solo		
Cyclisme		
tandem Cyclisme		
tricycle		
Danse		
Développé Couché & Musculation (Haltérophilie)		
Equitation		
Escalade		
Escrime		
Football		
Foot fauteuil		
Futsal		
Goalball / Torball		
Golf		

Activité Sportive	Loisir	Compétition
Hockey sur glace		
Judo		
Karaté		
Natation		
Plongée subaquatique		
Randonnée - FTT		
Randonnée -joëlette		
Randonnée pédestre		
Glisse urbaine (roller, skate, ...)		
Rugby		
Sarbacane		
Showdown		
Ski alpin		
Ski nordique/ Biathlon		
Snowboard		
Sports boules / Pétanque		
Tir sportif		
Taekwondo		
Tennis		
Tennis de table		
Tir à l'arc		
Triathlon		
Voile		
Volleyball		
Autre(s) :		

Nombre de cases cochées : _____

Cachet professionnel :

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

Signature du médecin :