



**CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATIONS  
À LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES EN SPORT ADAPTÉ  
SAISON SPORTIVE 2019-2020**

---

N° de licence FFSA : .....

Nom du club FFSA : .....

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie, après avoir examiné Mme, Mr .....

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 sportives adaptées « 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 concernées par l'article A. 231-1 du Code du sport, modifié par l'arrêté du 9 juillet 2018, se référer à ce texte [alpinisme, boxe anglaise, plongée subaquatique, rugby, spéléologie, etc.].

**Protection des données : Informations préalables**

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 mentionné dans le fichier informatisé tenu par la Fédération Française du Sport Adapté. Cette durée peut être prorogée 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 n° 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 :