



CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ADAPTÉES
Encadrées par un professionnel diplômé dans le domaine de l'Activité Physique Adaptée (APAS)

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

NOM :
Prénom:.....



Né(e) le :/...../.....

Poids.....Kg **Taillecm**

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 :

Association SPORTS-PASSIONS APA SANTÉ

contact@sports-passions.fr - www.sports-passions.fr
09.52.83.43.86 - N° SIRET : 491 727 194 00020



SPORTS PASSIONS
A P A . S A N T É

CLUB APA ADULTE

Multi-activités



Reprise le jeudi 7 septembre

TOUS LES JEUDIS DE 17H30 A 19H00
GYMNASE LUCIE AUBRAC

ACCESSIBLE À TOUTE PERSONNE PORTEUSE D'UN HANDICAP SOUHAITANT PRATIQUER UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE À SES CAPACITÉS



COTISATION ANNUELLE

140€

(+ 20€ d'adhésion)

(Possibilité de paiement en 3 fois)



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^{er} septembre 2023 au 31 août 2024.

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 €)
- **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 :