



**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 Taillecm

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 :

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 de
PARA-FOOTBALL ADAPTÉ**

éligible au
PASS SPORT



LE PLAISIR DE BOUGER ACCESSIBLE A TOUS !

Reprise le lundi 4 septembre

TOUS LES LUNDIS DE 17H30 A 19h30

STADE DE LA GAYONNE

Club de PARA-FOOTBALL 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



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 :