

Nom de l'association : \_\_\_\_\_

## HANDPHYCLUB

Le licencié	
Nom & coordonnées	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mr    Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____    Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère : _____ Adresse : _____ CP : _____    Ville : _____ Tél. : _____    E-mail : _____@_____
	<input type="checkbox"/> <b>Handicaps orthopédiques :</b> <input type="checkbox"/> Amputations MS <input type="checkbox"/> Amputations MI <input type="checkbox"/> Agénésies MS <input type="checkbox"/> Agénésies MI <input type="checkbox"/> Raideurs articulaires <input type="checkbox"/> Fragilités osseuses <input type="checkbox"/> Personne de petite taille <input type="checkbox"/> <b>Paraplégiques et tétraplégiques :</b> <input type="checkbox"/> Avec ou sans modification du tonus musculaire <input type="checkbox"/> Avec ou sans troubles sensitifs <input type="checkbox"/> Spina Bifida paralytiques
	<input type="checkbox"/> <b>Handicaps neurologiques d'origine périphérique :</b> <input type="checkbox"/> Poliomyélite <input type="checkbox"/> Polyradiculonévrites <input type="checkbox"/> Atteinte des nerfs rachidiens <input type="checkbox"/> Paralysies plexiques <input type="checkbox"/> Paralysies tronculaires <input type="checkbox"/> Polynévrites <input type="checkbox"/> <b>Handicaps neurologiques évolutifs :</b> <input type="checkbox"/> Myopathies ou Dystrophies musculaires <input type="checkbox"/> Amyotrophies spinales <input type="checkbox"/> Héredo dégénérescences spino-cérébelleuses <input type="checkbox"/> Atteintes neurologiques d'origine immunitaire (SEP)
	<input type="checkbox"/> <b>Hémiplégiques</b> <input type="checkbox"/> <b>IMC</b> <input type="checkbox"/> <b>Handicaps visuels</b> <input type="checkbox"/> Amblyope <input type="checkbox"/> Non-voyant <input type="checkbox"/> <b>Handicaps auditifs</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Valide</b> <input type="checkbox"/> <b>Autres (à préciser) :</b> _____

La licence	
Type de licence	<input type="checkbox"/> compétition + 20 ans    €    sport pratiqué : _____
	<input type="checkbox"/> compétition - 20 ans    €
	<input type="checkbox"/> cadre & bénévole    € <input type="checkbox"/> pratiquant    Fonction : _____ <input type="checkbox"/> non pratiquant    Sport : _____
	<input type="checkbox"/> loisir    €              sport(s) pratiqué(s) : 1er (principal) : _____ 2e (secondaire) : _____

Le certificat médical (obligatoire sauf pour les cadres non pratiquant)	
<b>Certificat médical de non contre-indication datant de moins d'un an</b>	Date : _____ Nom du médecin : _____
<b>Déficients visuels : date du certificat de non contre indication ophtalmologique</b>	Date : _____ Nom du médecin : _____
<p>→ J'atteste avoir remis à mon association le certificat médical datant de moins d'un an et attestant l'absence de contre-indication à la pratique de la (des) disciplines(s) sportive(s) pour laquelle (lesquelles) la licence est sollicitée.</p>	
Signature du licencié (ou du représentant légal pour les mineurs) : _____	

