



SAISON 20 – 20

CREATION LICENCE
CADRE et LOISIRS



LE LICENCIÉ

Mme Mr Nom _____
 Prénom _____
 Date de naissance ____/____/____
 Nationalité Française Autre : précisez

Adresse _____

 CP _____ ville _____
 Tél fixe _____ portable _____

Mail@.....

<input type="checkbox"/> Handicaps orthopédiques <input type="checkbox"/> amputations MS <input type="checkbox"/> amputations MI <input type="checkbox"/> agénésies MS <input type="checkbox"/> raideurs articulaires <input type="checkbox"/> fragilités osseuses <input type="checkbox"/> personne de petite taille	<input type="checkbox"/> Handicaps neurologiques d'origine périphérique <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"/> hémiplégiques <input type="checkbox"/> IMC <input type="checkbox"/> Handicaps visuels <input type="checkbox"/> amblyopes <input type="checkbox"/> non-voyants
<input type="checkbox"/> paraplégiques et tétraplégiques <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"/> Handicaps neurologiques évolutifs <input type="checkbox"/> myopathies ou dystrophies musculaires <input type="checkbox"/> amyotrophies spinales <input type="checkbox"/> hérédo dégénérescences spino-cérébelleuses <input type="checkbox"/> atteintes neurologiques d'origine immunitaire (SEP)	<input type="checkbox"/> Handicaps auditifs <input type="checkbox"/> valide <input type="checkbox"/> Autres (à préciser)

LA LICENCE

cadre non pratiquant
 Licence loisirs : 28 € tandem et tous matériels roulant adaptés (handbicke, tricycle...)

LE CERTIFICAT MEDICAL

Obligatoire sauf pour les cadres non pratiquants

Certificat médical de non contre-indication datant de moins d'un an :

- Date ____/____/____ - Nom du médecin

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 des disciplines sportives pour lesquelles la licence est sollicitée.

Signature du licencié :
(ou de son représentant légal)