CACI HANDISPORT

SAISON 2025 - 2026

Handi Sport
FÉDÉRATION FRANÇAISE

Ce CACI est obligatoire :

- Pour toute première demande d'option dans une discipline à l'exception de :
  - l'option cadre non pratiquant
  - des options loisir et cadre pratiquant pour les mineurs
- Annuellement pour :
  - tout compétiteur adulte
  - les activités à contraintes particulières (plongée, tir sportif, ball trap et biathlon)
- Si vous avez répondu oui à l'une questions du Questionnaire de Santé (QS)
- Pour toute première demande d'ATP longue durée

Concernant la pratique de plusieurs activités :
Le code du sport précise que le CACI doit attester de l'absence de contre-indication à la pratique de l'activité physique ou sportive pour laquelle l'option de licence est sollicitée. Ce certificat ne peut être délivré pour "toute activité", il doit lister explicitement les activités pratiquées par le licencié.

Concernant la pratique en compétition :
Le certificat médical doit attester l'absence de contre-indication à la pratique du sport concerné en compétition.
Le nom du médecin, le numéro RPPS et la date d'obtention du certificat médical doivent être impérativement renseignés.

Le non-respect des règles concernant le certificat médical peut engager la responsabilité du licencié, du médecin, du club et des organisateurs d'évènements. L'enregistrement volontaire d'informations erronées peut engager la responsabilité de votre club.

Je, soussigné(e), Docteur .....

Numéro RPPS : .....

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom et Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION
à la pratique sportive des activités cochées en page suivante

Remarques restrictives éventuelles : _____
_____
_____

LISTE DES ACTIVITÉS SPORTIVES HANDISPORT

Cocher toutes les activités concernées par ce certificat médical en spécifiant le type de pratique (loisir ou compétition)

Activité Sportive	Loisir / Compétition	
Cyclisme adapté	☐	☐
Escrime Fauteuil	☐	☐
Musculation	☐	☐
Natation	☐	☐
Paragolf	☐	☐
Para Tir à l'Arc	☐	☐
Para Tir Sportif	☐	☐
Tennis de Table	☐	☐
Viet Vo Dao	☐	☐

Nombre de cases cochées : _____

Cachet professionel :

Date de l'examen médical : __ / __/___

Signature du médecin :