Fédération Française du Sport Automobile **FFSA**

DEMANDE DE LICENCE 2008

A REMPLIR EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

☐ CRÉATION	☐ RENOUVELLEMENT	CODE A.S. **07.02**	N° DE LICENCE
☐ EXTENSION	☐ DUPLICATA		

NOM suivi éventuellement du pseudonyme

PRÉNOM

SEXE F M

ADRESSE E-MAIL (mention à compléter lisiblement si vous possédez une adresse)

@

DATE DE NAISSANCE — NATIONALITÉ (Les demandeurs n'ayant pas la nationalité française doivent joindre une autorisation de leur ASN) — N° DE TÉLÉPHONE

ADRESSE

CODE POSTAL — LOCALITÉ DE RÉSIDENCE

N° de permis de conduire

délivré le — à

CODE DE LICENCE DEMANDEE : — TARIF — + France Auto 1€ — **TOTAL**

Hors cotisation AS

AUTORISATION PARENTALE *(pour les mineurs)*

Je soussigné(e) _____ (indiquer vos nom et prénom)

agissant en qualité de Père, Mère, Tuteur*

autorise mon enfant _____ (indiquer les nom et prénom)

à prendre une licence à la FFSA pour l'année 2008.

Fait à _____ Le _____

Signature obligatoire

*Rayer la mention inutile

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations indiquées sur cet imprimé. Je m'engage à respecter les règlements de la FFSA et à ne pas m'adonner au dopage. **J'ai pris note du fait que je peux contracter directement auprès de COVEA RISKS - Cabinet AON CONSEIL - des assurances facultatives optionnelles en complément de l'assurance individuelle accident à laquelle ma licence me donne droit automatiquement.**

Fait à _____ **, le** _____

Cachet de l'Association Sportive

A.S.A.B.T.P.
42 Avenue Galliéni
06000 NICE
tél : 04.93.80.43.44
Fax : 04.93.92.37.14

Signature du demandeur

BULLETIN D'ABONNEMENT FRANCE AUTO

Je souhaite recevoir à l'adresse figurant sur ma licence 2008 :

France Auto 1 € ☐

France Auto Karting 1 € ☐

Cocher la(es) case(s) correspondant à votre choix et reporter le montant dans la case FA ci-contre

1	RALLYES	15	KARTING
2	RALLYES TOUT TERRAIN	16	MINIKART
3	COURSES DE CÔTE	17	MINIMES
4	SLALOMS	18	CADETS
5	RALLYCROSS	19	FORMULE FFSA
6	AUTOCROSS	20	NATIONALE
7	SPRINT CAR, FOL'CAR	21	KZ 125
8	COURSES SUR GLACE	22	KF1/KF2/KF3
9	CAMIONS	23	KZ1/KZ2
10	V.H.	24	COUPES DE MARQUE
11	CIRCUIT MONOPLACES		
12	CIRCUIT BERLINES		
13	REGULARITE		
14	DIVERS (préciser) _____		

N° DISCIPLINE DOMINANTE ☐ — **N° DISCIPLINE SECONDAIRE** ☐

1	AGRICULTEUR EXPLOITANT	7	DIRIGEANT D'ENTREPRISE
2	OUVRIER	8	PROFESSION LIBÉRALE
3	COMMERÇANT	9	ÉLÈVE ÉTUDIANT
4	FONCTIONNAIRE	10	RETRAITÉ
5	EMPLOYÉ	11	SANS PROFESSION
6	CADRE	12	AUTRES _____

N° CORRESPONDANT A VOTRE PROFESSION ☐

SI METIER DE L'AUTOMOBILE, COCHER ☐

CERTIFICAT MEDICAL

A remplir obligatoirement par le médecin, après avoir complété la fiche médicale.

❑ Ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique du sport automobile.

❑ Présente une contre-indication médicale à la pratique du sport automobile.

❑ Demande l'avis du médecin fédéral.

Date ☐☐☐ **Signature et cachet du médecin**

Cochez la case correspondante

En application de l'article 27 de la loi du 06/01/1978, les informations qui vous sont demandées sont indispensables au traitement de votre demande de licence. Elles sont ensuite communiquées au service licences qui les traitera. Vous avez un droit d'accès et de rectification relativement à ces informations en vous adressant à la FFSA.
Vous pouvez de la même manière vous opposer à ce que vos nom et adresse soient communiqués à des tiers en le demandant par écrit à la FFSA.

❑ Cocher ici pour ne pas recevoir d'informations par E-mail

Partie à replier jusqu'à ce trait et à coller ou à agrafer afin de respecter le secret médical.

FICHE MÉDICALE

NOTE IMPORTANTE A L'USAGE DU MÉDECIN EXAMINATEUR

Ne pas omettre d'apposer vos signature et cachet dans le cadre «Certificat médical» prévu à cet effet.

Le candidat à la pratique du sport automobile doit subir une visite médicale complète et sévère.

Au cas où cet examen révélerait un risque, notamment pour ce qui concerne l'un des points mentionnés dans la fiche médicale ci-dessous, il y a lieu de demander l'avis d'un Médecin Fédéral.

En cas d'hypertension artérielle, d'infarctus récent ou ancien, de coronaropathie, de cardiopathie décompensée, demandez l'avis du Médecin Fédéral National.

Une amputation non appareillée ou appareillée de façon non fonctionnelle est incompatible.

Une amputation appareillée de façon fonctionnelle est compatible.

La limitation des grandes articulations, lorsqu'elle existe, doit être inférieure à 50%.

Les amputations des doigts de la main sont tolérées si la fonction d'opposition est conservée des deux côtés.

Si le sujet est diabétique insulo-dépendant, il doit vous présenter son schéma de traitement. Le dossier doit être adressé sous pli confidentiel au Médecin Fédéral National.

L'épilepsie non contrôlée est une contre-indication absolue.

L'usage régulier de médicaments pouvant perturber le comportement doit être signalé.

Les candidats qui postulent soit pour une licence «Régionale Concurrent Conducteur Restrictive Auto», soit pour une licence «Internationale Concurrent Conducteur Restrictive Auto», soit pour une Licence "Nationale Concurrent Conducteur H Karting" doivent obligatoirement être examinés par un Médecin Fédéral.

• NOM :..... PRÉNOM :.....

• Poids : ☐ Taille : ☐ Groupe sanguin et signe rhésus : ☐

• Vaccin antitétanique fait le : ☐

• Allergies : _____

• Tous les 2 ans

Bilan cardio-vasculaire : *(ECG 12 dérivations)* T.A. au repos : _____

• Epreuve de Ruffier-Dickson (30 flexions en 45") :
une épreuve maximale est obligatoire à partir de 45 ans tous les 2 ans.

• Pouls au repos : ☐ à l'effort : ☐ 1 minute après : ☐

• Capacité vitale mesurée : ☐ appréciée : très bonne / bonne / insuffisante*

• Réflexes tendineux : normaux / anormaux*

• Limitations articulaires (lieu, degré) : non / oui* _____

• Amputation ou prothèse : non / oui* _____

• Amyotrophie : non / oui * _____

• Etat de l'audition (voix chuchotée entendue à 3 mètres) : normal / anormal*

• Etat de la vue

L'acuité visuelle exigée avec ou sans correction est de 9/10 + 9/10, une acuité de 10/10 + 08/10 est tolérée.
En cas d'acuité visuelle inférieure et pour toute anomalie de vision constatée ou signalée lors de la visite préalable à une première demande de licence, un contrôle ophtalmologique est obligatoire. L'aptitude du candidat pourra être reconnue par un Médecin Fédéral, au vu des résultats de ce contrôle.

Acuité visuelle : ☐ avec ☐ sans correction : O.D. : ☐ /10 O.G. : ☐ /10

Port de lunettes : ☐ oui ☐ non Port de lentilles de contact : ☐ oui ☐ non

Vision des couleurs *(pas de confusion des drapeaux utilisés en Compétition) :* normale / anormale*
Vision nocturne : normale / anormale*

*Rayer la mention inutile

Note particulière à l'usage de l'ophtalmologiste pour le cas où un examen supplémentaire serait nécessaire.

L'état de la vue du candidat constaté par le médecin généraliste nécessite un contrôle complémentaire portant sur :
- le champ du regard (égal ou supérieur à 200°).
- la vision stéréoscopique utilisable.
- le contrôle des paramètres notifiés ci-dessus.

En cas d'acuité visuelle d'un œil inférieure à 8/10 et non corrigible, mais avec une acuité visuelle controlatérale égale ou supérieure à 10/10 et si les autres tests ophtalmologiques mentionnés ci-dessus sont dans les normes (la rétinopathie pigmentaire est éliminatoire), l'attribution de licence pourra être envisagée.

signature du médecin