

CRÉATION	RENOUVELLEMENT	CODE A.S.	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 \_\_\_\_\_ N° DE TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_  
Les demandeurs n'ayant pas la nationalité française doivent joindre une autorisation de leur ASN

ADRESSE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ LOCALITÉ DE RÉSIDENCE \_\_\_\_\_

N° de permis de conduire \_\_\_\_\_

délivré le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

CODE DE LICENCE DEMANDÉE : \_\_\_\_\_ TARIF \_\_\_\_\_ + France Auto 2€ \_\_\_\_\_ TOTAL \_\_\_\_\_

Hors cotisation AS

**AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
 agissant en qualité de Père, Mère, Tuteur\* \_\_\_\_\_  
indiquer vos nom et prénom

autorise mon enfant \_\_\_\_\_  
indiquer les nom et prénom

à prendre une licence à la FFSA pour l'année 2010.

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 - 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

Signature du demandeur

**BULLETIN D'ABONNEMENT FRANCE AUTO**

Je souhaite recevoir à l'adresse figurant sur ma licence 2010 :

France Auto 2 €

France Auto Karting 2 €

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	NATIONALE
6	AUTOCROSS	20	KZ 125
7	SPRINT CAR, FOL'CAR	21	KF1/KF2/KF3
8	COURSES SUR GLACE	22	KZ1/KZ2
9	CAMIONS	23	COUPES DE MARQUE
10	V.H.		
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

**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 pour les licences internationales uniquement

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.

• Pous 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 : acuité visuelle exigée avec ou sans correction 9/10 + 9/10, 10/10 + 08/10 est tolérée.

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

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\*  
\*Rayer la mention inutile

**Les indications données par le médecin examinateur sont placées sous son entière responsabilité.**

En cas d'anomalie ou de chiffres inférieurs, il doit faire appel à un médecin fédéral de la FFSA. Le recours à un ophtalmologiste qualifié est :

**Obligatoire** pour l'obtention d'une première licence internationale ou après cinq ans d'interruption.

**Vivement** conseillée pour l'obtention d'une première licence d'une autre catégorie ou après cinq ans d'interruption.

**Obligatoire** pour le bilan d'une vision monoculaire plus ou moins réduite et non corrigible et une vision controlatérale à 10/10<sup>mm</sup> (à l'exclusion d'une cécité unilatérale totale et / ou d'une rétinopathie pigmentaire). Dans un tel cas une licence peut être accordée quelque soit sa catégorie si :

- Le champ du regard est égal ou supérieur à 200°.
- La vision stéréoscopique est utilisable.
- La vision des couleurs est correcte.

signature du médecin \_\_\_\_\_

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