

DEMANDE DE TITRE DE PARTICIPATION 2020

CRÉATION **DUPLICATA**

CODE TP

TARIF TP € (55 + 5)

Je soussigné(e) _____

Nom _____ Prénom _____

Cocher la case correspondante ci-dessous :

- En tant que demandeur majeur
 En tant que titulaire de l'autorité parentale de l'enfant mineur :

Nom _____ Prénom _____

Sexe M F

CODE A.S.

N° DE TP

Date de naissance

Nationalité

E-mail

Adresse

Code postal Localité de résidence _____

N° de permis de conduire

délivré le à

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations indiquées sur cet imprimé. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance d'un exemplaire des notices d'informations, référencées « Notice d'assurance licenciés FFSA 2020 », faisant partie intégrante du formulaire de Titre de Participation. **EN FOI DE QUOI, JE DÉCIDE DE (cocher obligatoirement une case) :**

- Souscrire à la garantie complémentaire facultative EXECUTIVE (149 €)
 La souscription de l'option EXECUTIVE vous permet de **DOUBLER LES CAPITALS** versés en cas de décès ou invalidité, soit jusqu'à **100 000 €** en cas de décès (hors majoration), jusqu'à **1 500 000 €** en cas d'invalidité.
- Souscrire à la garantie complémentaire facultative PACK PREMIUM (199 €)
 Ce pack optionnel complet améliore la formule EXECUTIVE pour vous offrir une couverture optimale.
 En plus du **DOUBLEMENT DES CAPITALS** :
 + un montant forfaitaire de 1 000 € est prévu en cas de **FRACTURE OU BRÛLURE**.
 + **REMBOURSEMENT DE LA LICENCE**, en cas d'accident, mutation ou chômage au prorata temporis et dans la limite de 1 000 € en cas d'incapacité à pratiquer le sport automobile
- De ne pas souscrire à ces garanties complémentaires.

Je donne mandat à mon A.S. pour effectuer les démarches nécessaires à la souscription de ma licence.

le _____ à _____

A.S.A. DROME
21 rue Henri Rey
26000 VALENCE

Cachet de l'association sportive

Signature du demandeur ou du titulaire de l'autorité parentale

- J'accepte de recevoir des offres commerciales pour des produits ou services liés à ma pratique sportive de la part de la FFSA ou de ses partenaires.
 J'autorise la FFSA à exploiter toutes photos ou films pris dans le cadre des activités fédérales, sur tous supports et notamment à des fins publicitaires ou promotionnelles.
 Cette autorisation est consentie pour le territoire français et pour une durée de 10 ans à compter de la captation de mon image.
 J'accepte la charte de protection et utilisation des données personnelles (voir charte page suivante).

CERTIFICAT MEDICAL

NOTE À L'USAGE DES LICENCIÉS

Pour renseigner le certificat médical, les personnes peuvent s'adresser à un titulaire du Certificat d'Études Spéciales de Biologie et de Médecine du Sport ou d'une Capacité de Médecine du Sport ou encore d'un équivalent reconnu par le Conseil de l'Ordre des Médecins (la liste des médecins peut être consultée sur le site www.conseil-national.medecin.fr), soit à un membre de la Commission Médicale ou un membre du Groupe de Travail Médical Karting FFSA ou un Médecin Fédéral FFSA (auto ou karting, le cas échéant), soit un généraliste régulièrement inscrit à un tableau de l'Ordre des Médecins.

PREMIÈRE DEMANDE DE LICENCE INTERNATIONALE OU APRÈS 5 ANS

D'INTERRUPTION DE LICENCE INTERNATIONALE

Les demandeurs d'une première licence internationale ou après 5 ans d'interruption devront subir un examen complet de la vue auprès d'un ophtalmologiste qualifié, examen qui devra obligatoirement comporter la mesure de l'acuité visuelle, l'étude de la vision des couleurs, la détermination du champ de vision, l'étude de la vision binoculaire, une recherche des troubles auditifs et vestibulaires (test de Fukuda conseillé). Les résultats de ces examens complémentaires seront annexés à la fiche médicale et envoyés au Médecin Fédéral.

NOTE IMPORTANTE A L'USAGE DU MÉDECIN EXAMINATEUR

Ne pas omettre d'apposer votre signature et votre cachet dans le cadre « Certificat Médical » prévu ci-dessous à cet effet.

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

Le médecin examinateur pourra s'appuyer sur les éléments figurant dans la fiche médicale pour mener à bien sa consultation.

EXAMEN CARDIOLOGIQUE

1. Tout demandeur de licence dès 45 ans et tous les 5 ans doit être examiné par un cardiologue qualifié qui décidera de la nécessité éventuelle d'exams complémentaires.

2. Tout demandeur de licences INTERNATIONALES doit subir tous les 2 ans un Electrocardiogramme 12 dérivation.

TRAITEMENT MÉDICAL PROLONGÉ OU CONTINU

Dans tous les cas, un licencié sous traitement médical prolongé ou continu devra aviser impérativement le Médecin Fédéral National en lui faisant parvenir sous pli confidentiel, la copie dudit traitement.

DEMANDE DE LICENCE POUR LES SPORTIFS DE HAUT-NIVEAU ET LES ESPOIRS

Pour les sportifs de haut-niveau et les espoirs, la délivrance de la licence annuelle est subordonnée à la première visite médicale de l'année en cours, dont les modalités sont fixées par l'arrêté du 11 février 2004 fixant la périodicité des examens médicaux. Cette visite pourra avoir lieu dans tout Centre Médico-Sportif. Aussi, tout pilote de haut-niveau et espoir devra fournir, en même temps que sa demande de licence (dont la fiche médicale aura été remplie), l'attestation de la première visite de suivi sportif imposée à tout sportif de haut-niveau.

Voir les informations également sur le site www.ffsa.org/

Règlementation et Sécurité / Règlementation Sportive / Règlementation Générale / Règlementation Médicale

NOTA 1 : Dans le cas où cet examen révélerait un risque (3ème case du Certificat Médical), notamment pour ce qui concerne l'un des points mentionnés dans la fiche médicale, il y a lieu de demander l'avis du Médecin Fédéral en lui faisant parvenir la fiche médicale dûment remplie et signée accompagnée de votre cachet.

NOTA 2 : Pour toute demande d'une PREMIÈRE LICENCE INTERNATIONALE OU APRÈS 5 ANS D'INTERRUPTION DE LICENCE INTERNATIONALE, le médecin examinateur doit remplir la fiche médicale qui sera transmise au Médecin Fédéral. Dans ce cas, les résultats de l'examen ophtalmologique obligatoire seront joints à la fiche médicale.

Dans le cas d'une PREMIÈRE PRISE DE LICENCE (HORS LICENCE INTERNATIONALE), le médecin examinateur peut solliciter un examen ophtalmologique si nécessaire (4ème case du Certificat Médical). Dans ce cas, les résultats de cet examen seront annexés à la fiche médicale et envoyés au Médecin Fédéral.

En cas d'hypertension artérielle, d'infarctus récent ou ancien, de coronaropathie, de cardiopathie décompensée, il est impératif de demander l'avis du Médecin Fédéral.

Une amputation non appareillée ou appareillée de façon non fonctionnelle est incompatible avec la pratique du sport automobile. Une amputation appareillée de façon fonctionnelle est compatible avec la pratique. 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 insulino-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.

La prise de traitement comprenant certains anticoagulants (cf art 11.3 de la réglementation médicale) est une contre-indication à la pratique du sport automobile.

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 H1 Karting » doivent obligatoirement être examinés par un Médecin Fédéral.

CERTIFICAT MEDICAL

NOM/PRÉNOM DU LICENCIÉ(E) :

NÉ(E) LE :

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

Si tel n'est pas le cas cochez l'un des cases correspondantes ci-après :

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

Demande l'avis d'un médecin fédéral et transmet la fiche médicale jointe*

Demande un examen ophtalmologique*

*Cochez la case correspondante

DATE :

SIGNATURE & CACHET DU MÉDECIN :