

A REMPLIR EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

CRÉATION RENOUVELLEMENT N° DE LICENCE
 EXTENSION DUPLICATA **0942**

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 _____
(ce formulaire s'ajoute à la suite de la fiche de renseignements à retourner à la FFSAI)

ADRESSE _____
 CODE POSTAL _____ LOCALITÉ DE RÉSIDENCE _____
 N° de permis de conduire _____ à _____
 délivré le _____ à _____

CODE DE LICENCE DEMANDÉE : _____ TARIF _____ + France _____ Auto 1€ _____ TOTAL _____
Hors cotisation AS

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)
 Je soussigné(e) _____, indiquant vos nom et prénom
 agissant en qualité de Père, Mère, Tuteur* _____
 autorise mon enfant _____ à prendre une licence à la FFSA pour l'année 2008.
 Fait à _____ le _____
 Signature obligatoire _____

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 _____ Signature du demandeur _____
A.S.A. Martinique
 97207 Fort-de-France fédex

BULLETIN D'ABONNEMENT FRANCE AUTO
 Je souhaite recevoir à l'adresse figurant sur ma licence 2008 :
 France Auto 1 €
 France Auto Karting 1 €
 Cocher (à cocher) 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 SI-ALOMS | 18 CABETS |
| 5 RALLYCROSS | 19 FORMULE FFSA |
| 6 AUTOCROSS | 20 NATIONALE |
| 7 SPRINT CAR, FOL CAR | 21 KZ 125 |
| 8 COURSES SUR GLACE | 22 KF-KF2KF3 |
| 9 CAMIONS | 23 KZ1K2Z |
| 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 _____

Cachez 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.

FICHE MÉDICALE

NOTE IMPORTANTE A L'USAGE DU MEDECIN 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 grands 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. Les candidats qui possèdent soit pour une licence «Regionale 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.
 • 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 _____
 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 correction : O.D. : _____ /10 O.G. : _____ /10
 sans correction : _____ /10 _____ /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*

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

Partie à replier jusqu'à ce trait et à agrafier afin de respecter le secret médical.