FÉDÉRATION FRANÇAISE HANDISPORT

**BULLETIN DE PRISE D’ATP– SAISON 2025-2026**

## Informations pour la prise d’ATP

Ce document permet de recueillir les informations nécessaires à la commande de votre ATP en ligne par votre club.

Après la saisie de vos informations par le club, dans le cas d’un ATP longue durée, vous devrez valider vos données individuelles pour confirmer votre demande.

## Documents médicaux

Il est de la responsabilité du club de vérifier la conformité des documents médicaux fournis (Certificat d’Absence de Contre-Indication - CACI - ou Questionnaire de Santé FFH).

* **Votre club conserve ces documents** : CACI ou attestation de réponse au QS FFH.
* Ces documents doivent être tenus à disposition de la FFH en cas de besoin.

**Un CACI est demandé** :

* Si le pratiquant a répondu « OUI » à une question au moins du questionnaire de santé
* Pour la pratique d’une activité à contraintes particulières
* Pour toute première demande d’ATP longue durée dans une discipline

**Un QS est suffisant** :

* Lors d’un renouvellement d’ATP longue durée
* Pour toute demande d’ATP 2 jours

## Tarifs et réductions

### Options et tarifs :

* **ATP 2 jours** : 5€
* **ATP Longue durée** : 35€

## Coordonnées de l’adhérent

* **Nom / Prénom** : …………………………………………….
* **Sexe** : ………………
* **Date de naissance** : …… / …… / ……….
* **Ville de naissance** : …………………………………….
* **Adresse (numéro et voie)** : …………………………………………….
* **Code postal** : ……………
* **Ville** : …………………………………….
* **Pays** : …………………………………….
* **Nationalité** : …………………………………….
* **E-mail** : …………………………………………….
* **Téléphone** : …………………………………….

## Représentation et autorisation

* La personne est autonome et responsable
* La personne est sous l’autorité d’un représentant légal
* La personne a désigné un représentant pour valider les informations (une fiche de procuration est à fournir au club)

**Si un représentant est désigné :**

* **Nom** : …………………………………………….
* **Prénom** : …………………………………………….
* **Date de naissance** : …… / …… / ……….
* **Adresse mail** : …………………………………………….

## Situation médicale et mobilité

A la lecture des règles médicales je dois fournir :

* Certificat d’Absence de Contre-Indication
* Attestation de réponse au Questionnaire de Santé FFH

Merci de cocher votre situation :

* Marchant sans aide technique
* Marchant avec aide technique
* Fauteuil roulant manuel (quelques mètres)
* Fauteuil roulant manuel en permanence
* Fauteuil roulant électrique (quelques mètres)
* Fauteuil roulant électrique en permanence
* Déficient visuel
* Déficient auditif
* Valide

## Mon ATP

### ATP longue durée

* Discipline(s) : ……………………………………………………………………………………………….

Veuillez cocher la ou les fonctions souhaitées :

* Représentant legal (structure conventionnée)
* Membre dirigeant (structure conventionnée)
* Encadrant(e) technique professionnel(le)
* Encadrant(e) technique bénévole
* Encadrant(e) administratif professionnel(le)
* Encadrant(e) administratif bénévole
* Formateur(rice)
* Stagiaire
* Sportif

### ATP 2 jours

* Date de début : ……/……/………..
* Date de fin : ……/……/………..
* Discipline(s) : ……………………………………………………………………………………………….
* Nom de l’événement : …………………………………………………………………………..……..

## Assurance

* Oui, je souhaite bénéficier de la garantie “Individuelle Accident” comprise.
* Non, je renonce à la garantie “Individuelle Accident” (0,83€ TTC déduit pour les ATP longue durée).

## Montant à payer

* **Total à payer** : ………………………..

## Signature

Je déclare sur l’honneur que les renseignements sont exacts et m’engage à respecter les statuts et le règlement intérieur de la FFH.

* Date : …… / …… / ……….
* Signature de l’adhérent ou du représentant légal : …………………………………………….