**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 2 jours en ligne par votre club.

**Documents médicaux**

Le club doit vérifier la conformité des documents médicaux fournis et conserver :  
• Attestation de réponse au Questionnaire de Santé (QS) FFH.  
• Certificat d’Absence de Contre-Indication (CACI) si le QS contient une réponse « OUI ».

**Tarifs et réductions**

ATP 2 jours : 5 €

**Coordonnées de l’adhérent**

Nom / Prénom : ...........................................................  
Sexe : ............ Date de naissance : ...... / ...... / ........

**Représentation et autorisation**

☐ Autonome et responsible ☐ Sous autorité d’un représentant légal  
☐ Représentant désigné (fiche de procuration à fournir)

**Situation médicale et mobilité**

☐ 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 visual ☐ Déficient auditif  
☐ Valide

**Mon ATP**

ATP 2 jours  
Date de début : ...... / ...... / ........ Date de fin : ...... / ...... / ........ (inclurela date de la rencontre)  
Discipline(s) : Basket – Fauteuil

**Assurance**

☐ Oui, je souhaite bénéficier de la garantie “Individuelle Accident”.  
☐ Non, je renonce à la garantie “Individuelle Accident”.

**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 : ................................................