

CRÉATION **RENOUVELLEMENT** **EXTENSION** **DUPLICATA**

CODE LICENCE **TARIF LICENCE €**

Nom Sexe F M

Prénom

CODE A. S. **N° DE LICENCE**

Date de naissance

Nationalité Téléphone

E-mail

Adresse

Code postal Commune

N° permis de conduire

Délivré le À

COCHEZ VOTRE DISCIPLINE PRINCIPALE

1. RALLYE 2. CIRCUIT 3. TOUT-TERRAIN 4. KARTING
 5. MONTAGNE 6. VHC 7. DRIFT / ACCÉLÉRATION / SLALOMS

ABONNEZ-VOUS !

NEWSLETTER FFSA du sport auto hebdomadaire dans votre boîte mail [Inscrivez-vous sur ffsa.org](https://ffsa.org)

france**auto** FFSA magazine papier & digital en ligne **Avantage licencié** ● Auto 3€ ● Kart 3€

Je souhaite recevoir France Auto à l'adresse figurant sur ma licence 2026 www.ffsa.org/la-ffsa/france-auto

Cochez la(les) case(s) correspondant à votre choix, reportez le montant dans la ligne Total ci-dessous et renseignez une adresse e-mail valide pour l'envoi de France Auto digital.

TOTAL : licence + France Auto + Garanties complémentaires = €

- 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).

Je soussigné(e),

Nom Prénom

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

Nom Prénom

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations indiquées sur cet imprimé.

Je reconnais avoir été informé(e) qu'il est de mon intérêt de souscrire un contrat d'assurance de personnes pour couvrir les dommages corporels auxquels la pratique du sport automobile peut m'exposer. Je reconnais également avoir été informé(e) par la FFSA de l'existence de garanties relatives à l'accompagnement juridique et psychologique ainsi qu'à la prise en charge des frais de procédure engagés dans le cas où je serais victime de violences sexuelles, physiques et psychologiques.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance d'un exemplaire des notices d'informations, référencées « Notice d'informations licenciés FFSA 2026 », faisant partie intégrante du formulaire de licence. J'ai compris que la souscription de la licence FFSA me permettait de disposer d'une couverture de base pour les dommages corporels et que j'ai la possibilité de souscrire des garanties complémentaires.

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 CAPITAUX** 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 CAPITAUX** :

+ 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.

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.

Signature du demandeur
ou du titulaire de l'autorité parentale

Cachet de l'association sportive

CERTIFICAT MÉDICAL

NOTE A L'USAGE DES LICENCIÉS ET DU MÉDECIN EXAMINATEUR

Pour renseigner le certificat médical, vous devez consulter un médecin régulièrement inscrit au tableau de l'ordre des médecins.

Il peut demander en plus de l'examen médical obligatoire (voir la fiche médicale) :

1 – un examen ophtalmologique :

Acuité visuelle : min 9/10 à chaque œil avec ou sans correction ou 10/10 d'un œil et 0/10 à l'autre œil

Vision des couleurs normale

En complément pour une 1ère licence internationale ou après 5 ans d'interruption de licence internationale : détermination du champ de vision et étude de la vision binoculaire.

2 – un examen cardiovasculaire :

Tout demandeur de licence dès 45 ans, et tous les 5 ans, devra avoir un examen chez un cardiologue ou dans un centre médico-sportif

Tout demandeur de licence internationale doit avoir tous les 2 ans un examen cardiaque complet.

3 – un examen locomoteur :

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. Les amputations des doigts de la main sont tolérées si la fonction d'opposition est conservée des deux côtés.

La limitation des grandes articulations, lorsqu'elle existe, doit être inférieure à 50%.

Une attention particulière sera donnée aux morphologies extrêmes (ex : obésité morbide) et aux comorbidités qu'elles peuvent entraîner. L'avis du Médecin Fédéral pourra être demandé.

TRAITEMENT MÉDICAL PROLONGÉ OU CONTINU :

Les schémas de traitements pour des pathologies neurologiques, antidépresseurs, métaboliques sont à adresser sous pli confidentiel au Médecin Fédéral National ou par mail : servicemedical@ffsa.org.

La demande par le porteur d'une pompe à insuline sera étudiée par la commission médicale.

Contre-indiquent la pratique du sport automobile :

L'épilepsie non contrôlée

Le port d'un défibrillateur implantable

Les traitements anticoagulants ou antithrombotiques.

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 11/02/2004 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 première visite de suivi sportif imposée à tout sportif de haut-niveau.

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.

NOTA 1 : Dans le cas où cet examen révélerait un risque, 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 (3ème case du certificat médical) en lui faisant parvenir la fiche médicale dûment remplie et signée accompagnée de votre cachet.

NOTA 2 : pour toute demande d'une PREMIERE LICENCE INTERNATIONALE OU APRES 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 annexés à la fiche médicale et envoyés au Médecin Fédéral (servicemedical@ffsa.org).

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.

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

NOTA 3 : ANTIDOPAGE - Consultez le document relatif aux produits interdits sur <https://ffsa.info/produits-interdits> ou sur le site de l'AFLD : <https://medicaments.afl.fr>

CERTIFICAT MÉDICAL

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 :

--	--	--

N° CONSEIL DE L'ORDRE OU RPPS :

SIGNATURE & CACHET DU MÉDECIN

FICHE MÉDICALE

À REMPLIR EN CAS DE PREMIERE DEMANDE DE LICENCE INTERNATIONALE (OU APRES 5 ANS D'INTERRUPTION) OU EN CAS DE DEMANDE DE L'AVIS DU MEDECIN FEDERAL.

A ENVOYER PAR MAIL : servicemedical@ffsa.org OU PAR COURRIER A L'ADRESSE : MÉDECIN FÉDÉRAL NATIONAL – FFSA – 32, AVENUE DE NEW-YORK 75781 PARIS CEDEX 16

- NOM : PRÉNOM :
- Tél. : Code Licence :
- Poids : Taille :
- Vaccin antitétanique fait le :
- Allergies :
- T.A. au repos :
- Pouls au repos : à l'effort (30 flexions en 45") :
1 minute après :
- Capacité vitale mesurée : appréciée : très bonne / bonne / insuffisante*

Pour tout demandeur de licence dès 45 ans : un examen cardiaque auprès d'un cardiologue tous les 5 ans
Pour toute demande de licence internationale : un examen cardiaque complet

- Réflexes tendineux : normaux / anormaux* • Amyotrophie : non / oui *
- limitations articulaires (lieu, degré) : non / oui*
- Amputation ou prothèse : non / oui*
- Traitements antidépresseurs : non / oui * - Lesquels :
- Traitement anticoagulant, antithrombotique ou antiagrégant plaquettaire >75 mg d'Acide Acétyl Salicylique : non / oui*

Lesquels :

- Traitements pour pathologie neurologique ou métabolique : 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 : minimum 9/10 + 9/10 ou 10/10 + \geq 1/10 toléré.
- Acuité visuelle : avec sans correction : O.D. : /10 O.G. : /10
- Port de lunettes : oui non Port de lentilles : oui non
- Vision des couleurs (pas de confusion des drapeaux utilisés en compétition : vert/rouge/bleu) : normal / anormal* *Rayer la mention inutile

En cas d'anomalie ou de chiffres inférieurs, il doit être fait appel à un Médecin Fédéral de la FFSA

Le recours à un ophtalmologiste est :

- Obligatoire pour l'obtention d'une première licence internationale ou de 5 ans d'interruption
- Vivement conseillée pour l'obtention d'une première licence d'une autre catégorie ou après 5 ans d'interruption
- Obligatoire pour le bilan d'une vision monoculaire +/- réduite et non corrigible et d'une vision controlatérale à 10/10ème (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 \geq 120°
- La c=vision stéréoscopique est utilisable
- La vision des couleurs est correcte

Signature et cachet du médecin

Motif justifiant la demande au Médecin Fédéral

QUESTIONNAIRE DE SANTE - POUR LES LICENCES NATIONALES KARTING ET MONTEE HISTORIQUE / ROULAGE LIBRE

NOTE A L'USAGE DES DEMANDEURS D'UNE LICENCE NATIONALE

Le demandeur doit attester sur l'honneur avoir rempli un questionnaire de santé en remplissant et en signant l'attestation ci-dessous.

Seule l'attestation ci-dessous doit être remise à l'AS. Le questionnaire de santé doit être conservé par le pratiquant et remis uniquement le cas échéant à son médecin.

Vous trouverez ci-après les deux questionnaires de santé :

- un questionnaire pour les pratiquants MINEURS à remplir avec leur représentant légal ;
- un questionnaire pour les pratiquants MAJEURS ;

LICENCES NATIONALES SOUMISES AU QUESTIONNAIRE DE SANTE

NCKK NATIONALE CONCURRENT CONDUCTEUR KARTING

NCCMK NATIONALE CONCURRENT CONDUCTEUR MINI 60 KARTING

NECCJSK NATIONALE ENTRAINEMENT COURSE CLUBS JUNIOR SENIOR KARTING

NECCMMK NATIONALE ENTRAINEMENT COURSE CLUBS MINI 60 MINIME KARTING

NECCMCK NATIONALE ENTRAINEMENT COURSE CLUBS MINIME-CADET KARTING

MNH NATIONALE MONTEE HISTORIQUE ET ROULAGE LIBRE

ATTESTATION A REMPLIR - PRATIQUANT MINEUR

Le certificat médical n'est pas obligatoire. Ce principe est applicable uniquement si la condition suivante est respectée :

- l'intéressé doit répondre au questionnaire de santé joint ci-après et attester d'une réponse négative à toutes les questions. Dans le cas contraire vous devez fournir le certificat médical ci-dessus.

Par la présente, le pratiquant mineur et son représentant légal confirment avoir pris connaissance du questionnaire et attestent avoir :

- Répondu NON à toutes les questions
- Répondu OUI à une ou plusieurs questions et devoir fournir un certificat médical

Le représentant légal certifie que les informations figurant sur le présent document sont exactes.

Nom, Prénom, représentant légal du demandeur :

Date et Signature :

ATTESTATION A REMPLIR - PRATIQUANT MAJEUR

Le certificat médical n'est pas obligatoire. Ce principe est applicable uniquement si la condition suivante est respectée :

- l'intéressé doit répondre au questionnaire de santé joint ci-après et attester d'une réponse négative à toutes les questions Dans le cas contraire vous devez fournir le certificat médical ci-dessus.

Par la présente, le pratiquant majeur confirme avoir pris connaissance du questionnaire et atteste avoir :

- Répondu NON à toutes les questions
- Répondu OUI à une ou plusieurs questions et devoir fournir un certificat médical

Je certifie que les informations figurant sur le présent document sont exactes.

Nom, Prénom du demandeur :

Date et Signature :

QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LES PRATIQUANTS MINEURS

(Annexe II-23, art. A. 231-3 du code du sport)

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :

Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire.

Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous.

En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ?

Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es :

Une fille

Un garçon

Ton âge : _____ ans

DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE

Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?

As-tu été opéré (e) ?

As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?

As-tu beaucoup maigri ou grossi ?

As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?

As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?

As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?

As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?

As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?

As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?

As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?

As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?

OUI NON

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?

OUI NON

AUJOURD'HUI

Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?

Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?

Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS

Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?

Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?

Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?

(Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)

Te sens-tu très fatigué (e) ?

As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?

Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?

Te sens-tu triste ou inquiet ?

Pleures-tu plus souvent ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LES PRATIQUANTS MAJEURS

NOM/PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :/...../.....

1. AVEZ-VOUS DÉJÀ RESENTI PENDANT OU APRÈS

UN EFFORT LES SYMPTÔMES SUIVANTS :

- Malaise ou perte de connaissance
- Douleur thoracique?
- Palpitations (cœur irrégulier)
- Fatigue ou essoufflement inhabituel

OUI NON

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. AVEZ-VOUS DÉJÀ EU OU ÉTÉ OPÉRÉ DE :

- Une maladie cardiaque
- Une maladie des vaisseaux
- Un trouble du rythme connu

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ÊTES-VOUS :

- Diabétique
- Épileptique
- Porteur d'un défibrillateur / pacemaker

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. AVEZ-VOUS DÉJÀ EU :

- Une phlébite
- Une embolie pulmonaire

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. PRENEZ-VOUS UN TRAITEMENT RÉGULIER PAR ANTICOAGULANT :

(Sintrom®, Coumadine®, Préviscan®, Eliquis® - apixaban, Pradaxa® dabigatran, Xarelto® - rivaroxaban)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

6. AVEZ-VOUS DES TROUBLES DE VISION DES COULEURS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

7. AVEZ-VOUS DES TROUBLES DE LA VUE MALGRÉ, LE CAS ÉCHÉANT LE PORT DE LUNETTES ET/OU LENTILLES ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

8. SI VOUS AVEZ + DE 45 ANS :

Votre dernier électrocardiogramme date de + de 5 ans :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

*NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié

1. Si vous avez répondu NON à toutes les questions : pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de licence.

2. Si vous avez répondu OUI à une des questions : Vous devez fournir un certificat médical d'absence de contre-indication pour obtenir ou renouveler votre licence. Consultez un médecin et présentez-lui le questionnaire renseigné