



Titre de Participation au Trophée des Fagnes 2017
(destiné uniquement aux pilotes de la Fun Cup France, en accord avec la FFSA)

Spa-Francorchamps (BEL) 01-02/04/2017

1. Coordonnées du pilote assuré

Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Code postal :	
Pays :	
Tel :	
Email :	
Nationalité :	
Date de naissance (18 ans minimum !!) :	
N°carte d'identité /passeport :	

2. Paiement du Titre de Participation

Prix du Titre de Participation : 60€ par pilote
Le paiement est à effectuer du RACB Sport :
Iban BE30 3101 0393 7711 - Bic BBRUBEBB avec votre nom et la mention « Fun Cup France 25H »

3. Résumé des garanties de la police d'assurance individuelle accidents pour le titre de participation aux 25H Fun Cup, destiné uniquement aux pilotes de la Fun Cup France, en accord avec la FFSA

➤ Police N°: 730.267.658
➤ Compagnie: AXA Belgium S.A.
➤ Etendue de la Couverture: le contrat a pour objet de garantir le paiement des indemnités reprises ci-dessous en cas d'accidents corporels pouvant survenir aux assurés à l'occasion de la manifestation sportive reprise ci-dessus, sous le patronage du RACB Sport. Les assurés sont les pilotes et/ou passagers en possession d'une licence « One Day » ou « Pass Passager » délivrée par le RACB Sport. Cette couverture est valable dans les pays européens affiliés à la FIA.
➤ Garanties par assuré et par accident:
- Décès: 25.000,00€
- Invalidité Permanente: 25.000,00€
▪ Franchise anglaise 10 % (pas d'indemnisation pour les invalidités inférieures ou égales à 10 % - il y a indemnisation dans sa totalité lorsque l'invalidité dépasse le pourcentage de la franchise)
- Frais Médicaux: 2.500,00€
▪ Franchise: 125,00€ par sinistre
<i>La présente constitue un résumé succinct des garanties couvertes par la police 730.267.658, souscrite par le RACB Sport. Ce résumé ne génère aucun droit. Seule la police officielle et toutes ses dispositions particulières peuvent être considérées comme opposables.</i>

4. Abandon de recours (à faire signer par le pilote)

Le soussigné,

- Déclare avoir pleinement conscience des risques liés à la pratique des sports moteurs qui, par leur nature même, ne pourront jamais être sécurisés entièrement.
- Déclare savoir que les conséquences d'un accident peuvent être importantes pour son intégrité physique, en égard à la vitesse de circulation très supérieure à celle autorisée sur route.
- S'engage à respecter en toutes circonstances les règlements généraux, techniques et particuliers du de la Fun Cup, les injonctions des commissaires de piste préposés, chargés de mission, organisateurs ou exploitants du site.

Je déclare par la présente renoncer pour moi-même, mes ayants droits, mes héritiers, mes proches (parents, conjoint, enfants) et nos assureurs, à tout recours contre :

- ✓ l'Autorité Sportive Nationale reprise par le RACB Sport
- ✓ le ou les propriétaires et/ou exploitants du circuit
- ✓ le ou les organisateurs de la manifestation
- ✓ d'autres participants
- ✓ les concurrents et les propriétaires des véhicules concurrents
- ✓ les préposés, aides bénévoles et chargés des missions repris ci-dessus
- ✓ les assureurs des personnes ou organismes repris ci-dessus

pour tout dommage que je causerais ou subirais au cours d'une des épreuves (y compris entraînements) organisés sous la juridiction sportive du RACB Sport.

En cas de décès, le présent abandon de recours contient également engagement de portefort pour mes ayants droits, mes héritiers, mes proches et nos assureurs

Signature du demandeur, précédée du lieu, de la date et de la mention lu et approuvé



Formulaire Médical 2017

Données personnelles (à faire remplir par le pilote)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Age :
Poids :

Déclaration anti-dopage (à faire remplir par le pilote)

Je reconnais m'être informé de la législation anti-dopage : oui / non
Je sais que je dois vérifier le caractère non dopant des médicaments que je prends ou que je pourrais prendre : oui / non
Je demande une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques en référence aux listes AMA /WADA : oui /non

Questionnaire sur votre état de santé (à faire remplir par le pilote)

1/ Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection :
a) aux poumons, voies respiratoires (asthme, bronchite, tuberculose, pneumothorax) ? oui / non
b) cardiovasculaire (infarctus, hypertension, anémie, angine de poitrine, trouble du rythme, palpitations, perte de connaissance) ? oui / non
c) du système nerveux (commotion cérébrale, vertiges, épilepsie, trouble de l'équilibre, paralysie) ? oui / non
d) de l'estomac ou des intestins (ulcère à l'estomac, maladie de Crohn ou autre) ? oui / non
e) aux muscles, à la colonne vertébrale et aux articulations (fracture, hernie discale, sciatique, lumbago, rhumatisme articulaire aigu, polyarthrite chronique) ? oui / non
f) du foie ou de la vésicule biliaire (jaunisse) ? oui / non
g) aux glandes endocrines ou maladie du sang (thyroïde, diabète) ? oui / non

2/ Avez-vous souffert d'autres maladies, affections ou infirmités ?
Oui / non . Lesquelles ?
a) Avez-vous déjà été opéré ?
<i>oui / non</i>
b) Votre ouïe est-elle défaillante (oreille gauche ? oreille droite?)
<i>oui / non</i>
c) Votre vue est-elle défaillante (œil gauche ? œil droit ?)
<i>oui / non</i>
d) Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact ?
<i>oui / non</i>
e) Votre vision des couleurs est-elle normale ?
<i>oui / non</i>
f) Date du dernier examen ophtalmologique :
g) Prenez-vous régulièrement des médicaments ?
<i>oui / non. Si oui, lesquels ?</i>
h) Etes-vous atteint d'une infirmité ou invalidité ?
<i>oui / non . Si oui, précisez. Depuis quand ?</i>
i) Pratiquez-vous régulièrement une activité sportive, autre que le sport automobile ?
<i>oui / non</i>
j) Souffrez-vous d'allergie (eczéma, rhume des foies, asthme, allergie médicamenteuse) ?
<i>oui / non</i>
k) Avez-vous déjà été transfusé ?
<i>oui / non. Si oui, pour quelle raison ?</i>
l) Portez-vous une prothèse dentaire ?
<i>oui / non</i>
m) A partir de 45 ans :
<i>date du dernier examen cardiologique avec épreuve d'effort :</i>

Déclaration sur l'honneur (à faire signer par le pilote)

Je soussigné,déclare avoir informé exactement mon médecin quant à ma condition psychophysique et mes affections antérieures .

Signature du pilote (précédée de la mention lu et approuvé)

Fait àle

Examen clinique (à faire compléter par le médecin)

Appareil circulatoire	
1) Cœur : Auscultation	
2) Pouls au repos : /min	
3) Tension au repos :mm Hg	
4) Pouls après effort (épreuve de Martinet, 10 genuflexions profondes) :/min régulier	
Appareil respiratoire	
1) Auscultation :	
2) Dyspnée de repos : oui / non ?	
3) Cyanose : oui / non ?	
4) Cicatrice : oui / non ?	
Abdomen	
1) Souple : oui / non ?	
2) Cicatrice : oui / non ?	
3) Souffle : oui / non ?	
4) Tympanique : oui / non ?	
5) Indolore : oui / non ?	
6) Masse : oui / non ?	
Articulations	
1) Existe-t-il des anomalies ? des amputations ? oui / non	
2) Existe-t-il des anomalies aux muscles? Oui / non	
3) Existe-t-il des cicatrices ? oui / non	
Colonne vertébrale	
1) La mobilité est-elle normale ? oui / non	
2) Scoliose ? oui / non	
3) Cyphose ? oui / non	
4) Lordose ? oui / non	
Système nerveux	
1) Réflexes tendineux ? oui / non	
2) Réflexes cutanés ? oui / non	
3) La marche, les yeux fermés, est-elle sûre ? oui / non	
4) Romberg ?	
Audition	
1) Ouïe normale droite : oui / non	
2) Ouïe normale gauche : oui / non	
Vue	
1) Acuité visuelle œil droit sans correction : /10	
2) Acuité visuelle œil gauche sans correction : /10	
3) Acuité visuelle œil droit avec correction : /10	
4) Acuité visuelle œil gauche avec correction : /10	
5) Port de lunettes : oui / non	
6) Port de lentilles de contact : oui / non	
7) Vision des couleurs selon le test Ishihara : normale / anormale	

Attestation d'aptitude médicale(a faire remplir par le médecin)

Je soussigné,Drdéclare que le pilote.....

a bien subi l'examen règlementaire en date du et est apte à pratiquer le sport automobile.

Signature et Cachet du médecin

EXAMEN D'APTITUDE MEDICALE 2017 (à partir de 45 ans)

A REALISER OBLIGATOIREMENT PAR UN CARDIOLOGUE de votre choix

NOM : _____	PRENOM : _____
	Date de naissance :/...../.....

Cher Confrère,

Pourriez-vous réaliser chez ce patient un électrocardiogramme de repos et un test à l'effort par paliers progressifs accompagné d'un **enregistrement de l'ECG** durant l'épreuve.

Cet examen est exigé dans le cadre de la visite médicale d'aptitude à la compétition automobile pour les pilotes âgés de 45 ans et plus. Nous attirons votre attention sur le fait que ce patient est un sportif. Il doit se conformer à la Loi anti-dopage de l'AMA-WADA. Toute prise médicamenteuse doit être conforme au code antidopage et au besoin, faire l'objet d'une demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques par le sportif lui-même.

Pour plus de facilité, veuillez effectuer le protocole à l'aide du formulaire ci-joint **accompagné d'un extrait de l'ECG réalisé pendant l'effort**.

TEST D'EFFORT 2017

TYPE :	Cycloergomètre	tapis roulant
REPOS :	T.A. :/.....mm Hg	Pouls :/min

ECG de repos :

rythme :

axe : **espace PQ :**

onde P :

complexe QRS :

Repolarisation :

Conclusion :

.....

Début de charge :W		
Fin de charge :W	Durée du test :min
T.A. :/.....mm Hg	Pouls :/min

ECG durant l'effort

.....

.....

Récupération : **pouls à 1 min :**/min.

pouls à 3 min :/min.

Trouble du rythme : **non** - **oui**

Anomalie repolarisation : **non** - **oui**

 si oui, précisez :

Remarques :

Conclusion du test d'effort

Je certifie que l'examen cardiologique réalisé ce jour chez

Monsieur / Madame.....

ne contre indique pas la conduite automobile de compétition.

En annexe, les extraits de l'ECG.

Date :/...../2017 »

Signature et cachet :