



Formulaire Médical Fun Cup France 2021 (validité 3 mois à partir de la date de visite médicale)	A REMPLIR PAR LE PILOTE
	Nom Prénom Date de naissance :/...../..... N° de licence/n° de vergunning :
Je reconnais m'être informé de la législation anti-dopage <i>oui - non</i> Je sais que je dois vérifier le caractère non dopant des médicaments que je prends ou que je pourrais prendre <i>oui - non</i> Je demande une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques en référence aux listes AMA / WADA <i>oui - non</i> Je suis sous traitement par anticoagulant <i>oui - non</i> Si oui: je suis conscient du risque d'hémorragie et je me suis renseigné auprès de mon médecin <i>oui - non</i>	
Signature pilote – Handtekening piloot	

SECRET MEDICAL - MEDISCH GEHEIM

ATTESTATION D'APTITUDE MEDICALE 2021 MEDISCH GETUIGSCHRIFT 2021	ECG d'effort/EKG met inspanningstest 0 oui/ja - 0 non/neen Date du dernier examen Datum van het laatste onderzoek :
Je soussigné, Dr..... Ik, ondergetekende, Dr déclare que le pilote Verklaar dat de piloot a bien subi l'examen médical réglementaire en date du zich aan het nodige medisch onderzoek onderworpen heeft op..... et est apte – pas apte à pratiquer le sport automobile. en geschikt – niet geschikt bevonden is om autosport te beoefenen	Vue corrigée/Gezichtscorrectie : 0 oui/ja – 0 non /neen Lunettes/Bril : 0 oui/ja – 0 non/neen Lentilles/Lenzen : 0 oui/ja – 0 non/neen Groupe Sanguin/Bloedgroep :Rh..... Vaccin antitétanique (année) Antitetanusvaccin (jaar) :
Signature et cachet du médecin Handtekening en stempel van de arts DOSSIER : ≥ RACB Sport ≥ ASAF ≥ VAS	En attente : In afwachting van ≥ avis cardio / EKG toelating ≥ avis ophtalmo /Oftalmo toelating ≥ vaccin tétanos/ tetanus vaccin ≥ Autre/ andere Surveillance médicale/Medisch toezicht : 0 oui/ja – 0 non/neen Lic. Handicapé/Gehandicaptenverg. : 0 oui/ja – 0 non/neen

Formulaire complet à renvoyer à l'attention de Mme C. Bal, secrétaire de la Commission Médicale du RACB/Gelieve het volledig formulier ter attentie van Mevr. C. Bal, secr.van de RACB Medische Commissie, terug te sturen

Examen Clinique	Nom/Naam :
------------------------	------------------

A compléter par le médecin agréé
In te vullen door de goedgekeurde arts

Appareil circulatoire/Bloedsomloop

Cœur/Hart : Auscultation/Auscultatie :

Pouls au repos/Hartritme in rust :/min. **Tension au repos/Bloeddruk in rust :**mm Hg

Pouls après effort (épreuve de Martinet, 10 genuflexions profondes)

Hartritme na inspanningstest (proef van Martinet, 10 diepe kniebuigingen) : :/min régulier/min regelmatig

Appareil respiratoire/Ademhaling

Auscultation/Auscultatie :

Dyspnée de repos/Dyspnoe in rust : 0 oui/ja – 0 non/neen

Cyanose ? : 0 oui/ja – 0 non/neen

Cicatrice ?/Littekens : 0 oui/ja – 0 non/neen

Abdomen

Souple/Soepel : 0 oui/ja – 0 non/neen

Tympanique/Tympaan : 0 oui/ja – 0 non/neen

Cicatrice/Litteken : 0 oui/ja – 0 non/neen

Indolore/Pijnloos : 0 oui/ja – 0 non/neen

Souffle/Souffle : 0 oui/ja – 0 non/neen

Masse/Massa : 0 oui/ja – 0 non/neen

Articulations/Gewrichten

Existe-t-il des anomalies ? des amputations ?/Bestaan er afwijkingen of amputaties ? 0 oui/ja – 0 non/neen

Existe-t-il des anomalies aux muscles ?/Bestaan er spierafwijkingen ? 0 oui/ja – 0 non/neen

Existe-t-il des cicatrices ?/Zijn er littekens ? 0 oui/ja – 0 non/neen

Colonne vertébrale/Wervelkolom

La mobilité est-elle normale/Normale mobiliteit : 0 oui/ja – 0 non/neen **Cyphose/Kyfose :** 0 oui/ja – 0 non/neen

Scoliose / Scoliose : 0 oui/ja – 0 non/neen **Lordose/Lordose :** 0 oui/ja – 0 non/neen

Système nerveux/Zenuwstelsel

Réflexes tendineux ?/Peesreflexen ? : **Cutanés ?/Huidreflexen ? :**

La marche, les yeux fermés, est-elle sûre ?/Stabiele gang met gesloten ogen ? : 0 oui/ja – 0 non/neen

Romberg ? :

Audition/Gehoor

Ouïes normales/Normaal gehoor : **Droite/Rechts :** 0 oui/ja – 0 non/neen

Gauche/Links : 0 oui/ja – 0 non/neen

Vue/Zicht

Acuité visuelle trouvée/Gezichtsscherpte :

SANS correction/ZONDER correctie : **Œil droit/Rechteroog :** /10 **Œil gauche/Linkeroog :** /10

AVEC correction/MET correctie : **Œil droit/Rechteroog :** /10 **Œil gauche/Linkeroog :** /10

Port de lunettes/Draagt bril : 0 oui/ja – 0 non/neen

Port de lentilles de contact/Draagt contactlenzen : 0 oui/ja – 0 non/neen

Vision des couleurs : selon test ISHIHARA 0 Normale/Normaal – 0 Anormale/Abnormaal

Kleurenzicht : volgens de test ISHIHARA :

Formulaire Médical 2021
Medisch Formulier 2021

Nom/Naam :
Prénom /Voornaam :

Rapport confidentiel/
Vertrouwelijk rapport

Questionnaire à compléter par le licencié/
Vragenlijst in te vullen door de vergunninghouder

<p>Souffrez-vous ou avez-vous d'une affection/Lijdt u of hebt u geleden aan één van de volgende affections ?</p> <p>a) aux poumons, voies respiratoires (asthme, bronchite, tuberculose, pneumothorax) longen en luchtwegen (astma, bronchitis, tuberculose, pneumothorax) ?</p> <p>b) cardio-vasculaire (infarctus, hypertension, anémie, angine de poitrine, trouble du rythme, palpitations, perte de connaissance)/hart en bloedvaten (infarct, hoge bloeddruk, bloedarmoede, hartkloppingen, bewustzijnsverlies, angor) ?</p> <p>c) du système nerveux (commotion cérébrale, vertiges, épilepsie, trouble de l'équilibre, paralysie)/zenuwstelsel (hersenschudding, evenwichtsstoornissen, épilepsie, verlamming) ?</p> <p>d) de l'estomac et des intestins (ulcères à l'estomac, maladie de Crohn ou autres) maag en darmen (maagzweer, ziekte van Crohn of andere) ?</p> <p>e) aux muscles, à la colonne vertébrale et aux articulations (fractures, hernie discale, sciatique, lumbago, rhumatisme articulaire aigu, polyarthrite chronique) ? spieren, wervelzuil en gewrichten (breuken, hernia, « sciatique », lumbago, rhuma, acut gewrichtsrheuma, chronische polyarthritis) ?</p> <p>f) du foie et de la vésicule biliaire (jaunisse)/lever en galblaas (geelzucht) ?</p> <p>g) aux glandes endocrines ou maladies du sang (thyroïde, diabète) ? endocriene klieren en bloedziekten (schildklier, suikerziekte) ?</p>	<p>O oui/ja – O non/neen</p> <p>O oui/ja – O non/neen</p> <p>O oui/ja – O non/neen</p> <p>O oui/ja – O non/neen</p> <p>O oui/ja – O non/neen</p> <p>O oui/ja – O non/neen</p> <p>O oui/ja – O non/neen</p> <p>O oui/ja – O non/neen</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2. Avez-vous encore souffert d'autres maladies, d'affections ou infirmités ? Lesquelles ? Hebt u ooit geleden aan andere ziekten, aandoeningen of gebreken ? Welke ?</p> <p>Avez vous déjà été opéré ? /Bent u ooit geopereerd ?</p>	<p>O oui/ja – O non/neen</p> <p>O oui/ja – O non/neen</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Votre ouïe est-elle défaillante/Lijdt u aan gehoorsstoornissen ? Oreille gauche/Linkeroor : O oui/ja – O non/neen Oreille droite/Rechteroor : O oui/ja – O non/neen</p> <p>Votre vue est-elle défaillante ?/Lijdt u aan gezichtsstoornissen ? Œil gauche/Linkeroog : O oui/ja – O non/neen œil droit/Recheroog : O oui/ja – O non/neen</p>		
<p>Portez-vous des lunettes/des lentilles de contact ?/Draagt u een bril of contactlenzen ?</p>	<p>O oui/ja – O non/neen</p>	<p>.....</p>
<p>La vision des couleurs est-elle normale ?/Is uw kleurenzicht normaal ? Date du dernier examen ophtalmologique/Datum van het laatste oogonderzoek :</p>	<p>O oui/ja – O non/neen</p>	<p>...../...../.....</p>
<p>Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Si oui, lesquels ? Neemt u regelmatig geneesmiddelen ? Zo ja, welke ?</p>	<p>O oui/ja – O non/neen</p>	<p>.....</p>
<p>Etes-vous atteint d'une infirmité ou invalidité ? Si oui, précisez ? Depuis quand ? Bent u aangetast door een gebrek of invaliditeit ? Zo ja, welk ? Sinds wanneer ?</p>	<p>O oui/ja – O non/neen</p>	<p>.....</p>
<p>Pratiquez-vous régulièrement une activité sportive, autre que le sport automobile ? Beoefent u regelmatig een andere sport dan de autosport ?</p>	<p>O oui/ja – O non/neen</p>	<p>.....</p>
<p>Souffrez-vous d'allergie (eczéma, rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse) ? Hebt u allergieën (eczeem, hooikoorts, astma, geneesmiddelenallergie) ?</p>	<p>O oui/ja – O non/neen</p>	<p>.....</p>
<p>Avez-vous déjà été transfusé ? Si oui, pourquoi ? Onderging u al een bloedtransfusie ? Zo ja, waarom ?</p>	<p>O oui/ja – O non/neen</p>	<p>.....</p>
<p>Portez-vous une prothèse dentaire ?/Draagt u een tandprothese ?</p>	<p>O oui/ja – O non/neen</p>	<p>.....</p>
<p>A partir de de 45 ans /Vanaf 45 jaar :Date du dernier examen cardiologique avec épreuve d'effort/Datum van het laatste cardiologisch onderzoek met inspanningstest :</p>		

Déclaration à signer par le licencié

Verklaring te ondertekenen door de vergunninghouder

Je soussigné, déclare que j'ai informé exactement le médecin quant à ma condition psychophysique et mes affectations antérieures et je m'engage à communiquer par écrit, aux Présidents des commissions médicales auprès desquelles j'ai demandé une licence, les modifications de mon état de santé .

Ik, ondergetekende, verklaar dat ik de dokter correct ingelicht heb over mijn actuele gezondheidstoestand en eventuele vroegere aandoeningen en ik neem mijn verantwoordelijkheid dat ik per brief, gericht aan de Voorzitter van de Medische Commissie aan wie ik mijn aanvraag van vergunning gericht heb, eventuele wijzigingen van mijn medische toestand .

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

Handtekening (voorafgegaan door de melding " gelezen en goedgekeurd")

Fait à / Gedaan te :

le / op :/...../ 2021

Signature et cachet du médecin

Handtekening en stempel van de arts