

Province   N° 2008 \_\_\_\_\_



<b>Formulaire Médical 2008</b>	Nom/ : ..... Prénom/ : ..... Date de naissance/ : ...../...../.....
--------------------------------	---

<b>ATTESTATION D'APTITUDE MEDICALE 2008</b>	ECG d'effort : 0 oui - 0 non Date du dernier examen : .....
Je soussigné, Dr.....	Vue corrigée : 0 oui - 0 non Lunettes : 0 oui - 0 non Lentilles : 0 oui - 0 non
déclare que le pilote ..... a bien subi l'examen médical réglementaire en date du .....	Groupe Sanguin : .....Rh..... Date vaccin antitétanique : ...../...../.....
apte <input type="checkbox"/> - inapte <input type="checkbox"/> à pratiquer le sport automobile.	<b>En attente :</b> <input type="checkbox"/> avis cardio <input type="checkbox"/> avis ophtalmo <input type="checkbox"/> vaccin tétanos <input type="checkbox"/> Autre
Signature et cachet du médecin .....	Surveillance médicale : 0 oui - 0 non Lic. Handicapé : 0 oui - 0 non
<b>DOSSIER :</b> <input type="checkbox"/> RACB Sport <input type="checkbox"/> ASAF <input type="checkbox"/> VAS	<input type="checkbox"/> <b>Inapte au pilotage</b>

**PS: Pour une licence annuelle OBLIGATION de joindre un talon (feuille n° 4)**

<b>Formulaire Médical 2008/1</b>  <b>SECRET MEDICAL</b>	<b>Nom/:</b> ..... <b>Prénom/ :</b> ..... <b>Age/:</b> ..... <b>Poids/ : .....Kg Taille/:</b> ..... <b>cm</b>
<b>Examen Clinique 2008</b>	<b>A compléter par le médecin</b>

**Appareil circulatoire/**  
Cœur: Auscultation: .....  
Pouls au repos : ...../min. Tension au repos/ : .....mm Hg  
Pouls après effort (épreuve de Martinet, 10 genuflexions profondes) : ...../min régulier

**Appareil respiratoire**  
Auscultation : .....  
Dyspnée de repos : 0 oui – 0 non Cyanose ? : 0 oui – 0 non  
Cicatrice : 0 oui – 0 non

**Abdomen**  
Souple : 0 oui – 0 non Tympanique : 0 oui – 0 non  
Cicatrice : 0 oui – 0 non Indolore : 0 oui – 0 non  
Souffle : 0 oui – 0 non Masse : 0 oui – 0 non

**Articulations**  
Existe-t-il des anomalies ? des amputations ? 0 oui – 0 non  
Existe-t-il des anomalies aux muscles ? 0 oui – 0 non  
Existe-t-il des cicatrices ? 0 oui – 0 non

**Colonne vertébrale**  
La mobilité est-elle normale: 0 oui – 0 non Cyphose : 0 oui – 0 non  
Scoliose : 0 oui – 0 non Lordose: 0 oui – 0 non

**Système nerveux**  
Réflexes tendineux ? : ..... Cutanés ? : .....  
La marche, les yeux fermés, est-elle sûre ? : 0 oui – 0 non  
Romberg ? : .....

**Audition**  
Ouïes normales : Droite: 0 oui – 0 non  
Gauche: 0 oui – 0 non

**Vue**  
**Acuité visuelle trouvée:**  
SANS correction: Œil droit : /10 Œil gauche : /10  
AVEC correction: Œil droit : /10 Œil gauche/ : /10  
Port de lunettes: 0 oui – 0 non  
Port de lentilles de contact : 0 oui – 0 non  
Vision des couleurs : selon test ISHIIHARA 0 Normale – 0 Anormale

<b>Formulaire Médical 2008/2</b>	<b>Nom :</b> ..... <b>Prénom :</b> .....
<b>Rapport confidentiel</b>	<b>Questionnaire à compléter par le licencié</b>

<b>Souffrez-vous ou avez-vous d'une affection?</b>		
a.) aux poumons, voies respiratoires (asthme, bronchite, tuberculose, pneumothorax)	O oui – O non	.....
b.) cardio-vasculaire (infarctus, hypertension, anémie, angine de poitrine, trouble du rythme, palpitations, perte de connaissance) ?	O oui – O non	.....
c.) du système nerveux (commotion cérébrale, vertiges, épilepsie, trouble de l'équilibre, paralysie) ?	O oui – O non	.....
d.) de l'estomac et des intestins (ulcères à l'estomac, maladie de Crohn ou autres)?	O oui – O non	.....
e.) aux muscles, à la colonne vertébrale et aux articulations (fractures, hernie discale, sciatique, lumbago, rhumatisme articulaire aigu, polyarthrite chronique) ?	O oui – O non	.....
f.) du foie et de la vésicule biliaire (jaunisse) ?	O oui – O non	.....
g.) aux glandes endocrines ou maladies du sang (thyroïde, diabète) ?	O oui – O non	.....
2. Avez-vous encore souffert d'autres maladies, d'affections ou infirmités ? Lesquelles ?	O oui – O non	.....
Avez vous déjà été opéré ?	O oui – O non	.....
<u>Votre ouïe est-elle défaillante</u>		
Oreille gauche :      0 oui – 0 non	Oreille droite :      0 oui – 0 non	
<u>Votre vue est-elle défaillante ?</u>		
Œil gauche :          0 oui – 0 non	œil droit :            0 oui – 0 non	
<u>Portez-vous des lunettes/des lentilles de contact ?</u>		
La vision des couleurs est-elle normale ?	O oui – O non	.....
Date du dernier examen ophtalmologique:	...../...../.....	.....
Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Si oui, lesquels ?		O oui – O non .....
Etes-vous atteint d'une infirmité ou invalidité ? Si oui, précisez ? Depuis quand ?		O oui – O non .....
Pratiquez-vous régulièrement une activité sportive, autre que le sport automobile ?		O oui – O non .....
Souffrez-vous d'allergie (eczéma, rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse) ?		O oui – O non .....
Avez-vous déjà été transfusé ? Si oui, pourquoi ?		O oui – O non .....
Portez-vous une prothèse dentaire ?		O oui – O non .....
<b>Pour les plus de 45 ans</b> :Date du dernier examen cardiologique avec épreuve d'effort : ...../...../.....		
Date du dernier vaccin pour le tétanos : ...../...../.....		

<b>Déclaration à signer par le licencié</b>
Je soussigné, ..... déclare que j'ai informé exactement le médecin quant à ma condition psychophysique et mes affectations antérieures.
<b>Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ») :</b>
<b>Fait à :</b> ..... <b>le :</b> ...../...../2008
<b>Signature et cachet du médecin</b>