



Formulaire Médical Medisch Formulier 2017

**A REMPLIR PAR LE PILOTE
IN TE VULLEN DOOR DE PILOOT**

Nom/Naam :

Prénom/Voornaam :

Date de naissance/Geboortedatum :/...../.....

N° de licence/n° de vergunning :

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*

Ik verklaar op de hoogte te zijn van de anti-doping wetgeving *ja - neen*

Ik weet dat ik, bij elk gebruik van medicatie, eerst dien te verifiëren of deze al dan niet in strijd zijn met de Anti-Doping Regelgeving van de WADA-AMA *ja - neen*

Ik vraag een toelating voor het gebruik van therapeutische middelen die zijn opgenomen in de lijst van AMA/WADA *ja - neen*

Signature pilote – Handtekening piloot

SECRET MEDICAL - MEDISCH GEHEIM

**ATTESTATION D'APTITUDE MEDICALE 2017
MEDISCH GETUIGSCHRIFT 2017**

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

Signature et cachet du médecin

Handtekening en stempel van de arts

DOSSIER : RACB Sport ASAF VAS

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) :

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 Médical 2017 Medisch Formulier 2017	Nom/Naam : Prénom /Voornaam :
Rapport confidentiel/ Vertrouwelijk rapport	Questionnaire à compléter par le licencié/ Vragenlijst in te vullen door de vergunninghouder

Souffrez-vous ou avez-vous d'une affection/Lijdt u of hebt u geleden aan één van de volgende affections ?		
a) aux poumons, voies respiratoires (asthme, bronchite, tuberculose, pneumothorax) longes et voies respiratoires (astma, bronchitis, tuberculose, pneumothorax) ?	<input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee
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) ?	<input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee
c) du système nerveux (commotion cérébrale, vertiges, épilepsie, trouble de l'équilibre, paralysie)/zenuwstelsel (hersenschudding, evenwichtsstoornissen, epilepsie, verlamming) ?	<input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee
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) ?	<input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee
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, reuma, acuut gewrichtsreuma, chronische polyarthritis) ?	<input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee
f) du foie et de la vésicule biliaire (jaunisse)/lever en galblaas (geelzucht) ?	<input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee
g) aux glandes endocrines ou maladies du sang (thyroïde, diabète) endocriene klieren en bloedziekten (schildklier, suikerziekte) ?	<input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee
2. Avez-vous encore souffert d'autres maladies, d'affections ou infirmités ? Lesquelles ? Hebt u ooit geleden aan andere ziekten, aandoeningen of gebreken ? Welke ?	<input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee
Avez vous déjà été opéré ? /Bent u ooit geopereerd ?	<input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee
<u>Votre ouïe est-elle défaillante/Lijdt u aan gehoorsstoornissen ?</u> Oreille gauche/Linkeroor : <input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee Oreille droite/Recheroor : <input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee		
<u>Votre vue est-elle défaillante ?/Lijdt u aan gezichtsstoornissen ?</u> Œil gauche/Linkeroog : <input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee œil droit/Recheroog : <input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee		
Portez-vous des lunettes/des lentilles de contact ?/Draagt u een bril of contactlenzen ?	<input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee
La vision des couleurs est-elle normale ?/Is uw kleurenzicht normaal ?	<input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee/...../.....
Date du dernier examen ophtalmologique/Datum van het laatste oogonderzoek :	<input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee
Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Si oui, lesquels ? Neemt u regelmatig geneesmiddelen ? Zo ja, welke ?	<input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee
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 ?	<input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee
Pratiquez-vous régulièrement une activité sportive, autre que le sport automobile ? Beoefent u regelmatig een andere sport dan de autosport ?	<input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee
Souffrez-vous d'allergie (eczéma, rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse) ? Hebt u allergieën (eczeem, hooikoorts, astma, geneesmiddelenallergie) ?	<input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee
Avez-vous déjà été transfusé ? Si oui, pourquoi ? Onderging u al een bloedtransfusie ? Zo ja, waarom ?	<input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee
Portez-vous une prothèse dentaire ?/Draagt u een tandprothese ?	<input type="radio"/> oui/ja – <input type="radio"/> non/nee
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 :		
	/...../.....

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 :/...../ 2017

Signature et cachet du médecin

Handtekening en stempel van de arts