




Formulaire Médical 2010 Medisch Formulier 2010	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 demande une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques en référence aux listes AMA / WADA Ik vraag een toelating voor het gebruik van therapeutische middelen die zijn opgenomen in de lijst van AMA/WADA	
OUI – JA	NON- NEEN

Signature pilote – Handtekening piloot
--

SECRET MEDICAL MEDISCH GEHEIM

 ATTESTATION D'APTITUDE MEDICALE 2010 MEDISCH GETUIGSCHRIFT 2010	ECG d'effort/ <i>EKG met inspanningstest</i> 0 oui/ <i>ja</i> - 0 non/ <i>neen</i> Date du dernier examen <i>Datum van het laatste onderzoek</i> :.....
Je soussigné, Dr..... <i>Ik, ondergetekende, Dr</i> déclare que le pilote <i>Verklaar dat de piloot</i> a bien subi l'examen médical réglementaire en date du <i>zich aan het nodige medisch onderzoek onderworpen heeft op</i> apte – pas apte à pratiquer le sport automobile. <i>geschikt – niet geschikt bevonden is om autosport te beoefenen</i>	Vue corrigée/ <i>Gezichtscorrectie</i> : 0 oui/ <i>ja</i> – 0 non / <i>neen</i> Lunettes/ <i>Bril</i> : 0 oui/ <i>ja</i> – 0 non/ <i>neen</i> Lentilles/ <i>Lenzen</i> : 0 oui/ <i>ja</i> – 0 non/ <i>neen</i>
Signature et cachet du médecin <i>Handtekening en stempel van de arts</i>	Groupe Sanguin/ <i>Bloedgroep</i> : Rh..... Vaccin antitétanique (année) Antitétanusvaccin (jaar) :
DOSSIER : <input type="checkbox"/> RACB Sport <input type="checkbox"/> ASAF <input type="checkbox"/> VAS	En attente : <input type="checkbox"/> avis cardio / <i>EKG toelating</i> In afwachting van <input type="checkbox"/> avis ophtalmo / <i>Oftalmo toelating</i> <input type="checkbox"/> vaccin tétanos/ <i>tetanus vaccin</i> <input type="checkbox"/> Autre/ <i>andere</i>
	Surveillance médicale/ <i>Medisch toezicht</i> : 0 oui/ <i>ja</i> – 0 non/ <i>neen</i> Lic. Handicapé/ <i>Gehandicaptenverg.</i> : 0 oui/ <i>ja</i> – 0 non/ <i>neen</i>

Formulaire Médical 2010/1 <i>Medisch Formulier 2010/1</i>	Nom/Naam :
	Prénom/Voornaam :
	Age/Leefstijd :
	Poids/Gewicht :Kg Taille/Lengte : cm
Examen Clinique 2010 <i>Klinisch onderzoek 2010</i>	A compléter par le médecin In te vullen door de arts

Appareil circulatoire/Bloedsomloop

Cœur/Hart : Auscultation/Auscultatie :

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

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

Hartritm*e 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/Gehoer

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 2010/2 Medisch Formulier 2010/2	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 aandoeningen ?		
a) aux poumons, voies respiratoires (asthme, bronchite, tuberculose, pneumothorax) longen en luchtwegen (astma, bronchitis, tuberculose, pneumothorax) ?	O oui/ja – O non/neen	.....
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) ?	O oui/ja – O non/neen	.....
c) du système nerveux (commotion cérébrale, vertiges, épilepsie, trouble de l'équilibre, paralysie)/ zenuwstelsel (hersenschudding, evenwichtsstoornissen, epilepsie, verlamming) ?	O oui/ja – O non/neen	.....
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) ?	O oui/ja – O non/neen	.....
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, rheuma, acuut gewrichtsrheuma, chronische polyarthritis) ?	O oui/ja – O non/neen	.....
f) du foie et de la vésicule biliaire (jaunisse)/ lever en galblaas (geelzucht) ?	O oui/ja – O non/neen	.....
g) aux glandes endocrines ou maladies du sang (thyroïde, diabète) ? endocriene klieren en bloedziekten (schildklier, suikerziekte) ?	O oui/ja – O non/neen	.....
2. Avez-vous encore souffert d'autres maladies, d'affections ou infirmités ? Lesquelles ? Hebt u ooit geleden aan andere ziekten, aandoeningen of gebreken ? Welke ?	O oui/ja – O non/neen	.....
Avez vous déjà été opéré ? / Bent u ooit geopereerd ?	O oui/ja – O non/neen	.....
Votre ouïe est-elle défaillante/Lijdt u aan gehoorsstoornissen ?		
Oreille gauche/ Linkeroor : 0 oui/ja – 0 non/neen	Oreille droite/ Rechteroer : 0 oui/ja – 0 non/neen	
Votre vue est-elle défaillante ?/Lijdt u aan gezichtsstoornissen ?		
Œil gauche/ Linkeroog : 0 oui/ja – 0 non/neen	œil droit/ Rechteroog : 0 oui/ja – 0 non/neen	
Portez-vous des lunettes/des lentilles de contact ?/Draagt u een bril of contactlenzen ?		
La vision des couleurs est-elle normale ?/Is uw kleurenzicht normaal ?	O oui/ja – O non/neen	.....
Date du dernier examen ophtalmologique/ Datum van het laatste oogonderzoek :	O oui/ja – O non/neen	.....
Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Si oui, lesquels ? Neemt u regelmatig geneesmiddelen ? Zo ja, welke ?	O oui/ja – O non/neen	.....
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 ?	O oui/ja – O non/neen	.....
Pratiquez-vous régulièrement une activité sportive, autre que le sport automobile ? Beoefent u regelmatig een andere sport dan de autosport ?	O oui/ja – O non/neen	.....
Souffrez-vous d'allergie (eczéma, rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse) ? Hebt u allergieën (eczem, hooikoorts, astma, geneesmiddelenallergie) ?	O oui/ja – O non/neen	.....
Avez-vous déjà été transfusé ? Si oui, pourquoi ? Onderging u al een bloedtransfusie ? Zo ja, waarom ?	O oui/ja – O non/neen	.....
Portez-vous une prothèse dentaire ?/Draagt u een tandprothese ?	O oui/ja – O non/neen	.....
Pour les plus de 45 ans /Voor de 45 plussers :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 près desquelles j'ai demandé une licence, les modifications de mon état de santé et ce compris la prise de médicaments répertoriés dans la liste des médicaments dopants (listes AMA/WADA)

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, eventueel wijzigingen van mijn medische toestand alsook het gebruik van verboden medicijnen die zijn opgenomen in de lijst AMA/WADA zal laten geworden.

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

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


Fait à/Gedaan te :

le/op :/...../2010


Signature et cachet du médecin

Handtekening en stempel van de arts


**ATTESTATION A JOINDRE AU FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE RACB SPORT/ASAF/VAS
ATTEST TOE TE VOEGEN BIJ HET AANVRAAGFORMULIER VAN EEN VERGUNNING RACB SPORT/ASAF/VAS**

 <p align="center">ATTESTATION D'APTITUDE MEDICALE 2010 MEDISCH GETUIGSCHRIFT 2010</p>	ECG d'effort/ EKG met inspanningstest 0 oui/ ja - 0 non/ neen Date du dernier examen Datum van het laatste onderzoek :
	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) :
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 apte - pas apte à pratiquer le sport automobile. geschikt - niet geschikt bevonden is om autosport te beoefenen	En attente : <input type="checkbox"/> avis cardio / EKG toelating In afwachting van <input type="checkbox"/> avis ophtalmo / Oftalmo toelating <input type="checkbox"/> vaccin tétanos/ tetanus vaccin <input type="checkbox"/> Autre/ andere
Signature et cachet du médecin Handtekening en stempel van de arts	Surveillance médicale/ Medisch toezicht :0 oui/ ja - 0 non/ neen Lic. Handicapé/ Gehandicaptenverg. : 0 oui/ ja - 0 non/ neen
DOSSIER : <input type="checkbox"/> RACB Sport <input type="checkbox"/> ASAF <input type="checkbox"/> VAS	

✂-----

 <p>ATTESTATION D'APTITUDE MEDICALE 2010</p>	ECG d'effort : 0 oui - 0 non Date du dernier examen :
Je soussigné, Dr..... déclare que le pilote a bien subi l'examen médical réglementaire en date du apte – pas apte à pratiquer le sport automobile. Signature et cachet du médecin DOSSIER : <input type="checkbox"/> RACB Sport <input type="checkbox"/> ASAF <input type="checkbox"/> VAS <input type="checkbox"/> LICENCE CO-PILOTE UNIQUEMENT	Vue corrigée : 0 oui – 0 non Lunettes : 0 oui – 0 non Lentilles : 0 oui – 0 non Groupe Sanguin :Rh..... Vaccin antitétanique (année) : En attente : <input type="checkbox"/> avis cardio <input type="checkbox"/> avis ophtalmo <input type="checkbox"/> vaccin tétanos <input type="checkbox"/> Autre Surveillance médicale : 0 oui – 0 non Lic. Handicapé : 0 oui – 0 non

✂-----

 <p>MEDISCH GETUIGSCHRIFT 2010</p>	<i>EKG met inspanningstest</i> 0 ja - 0 neen <i>Datum van het laatste onderzoek</i> :
<i>Ik, ondergetekende, Dr</i> <i>Verklaar dat de piloot</i> <i>zich aan het nodige medisch onderzoek onderworpen heeft op</i> <i>geschikt – niet geschikt bevonden is om autosport te oefenen</i> <i>Handtekening en stempel van de arts</i> DOSSIER : <input type="checkbox"/> RACB Sport <input type="checkbox"/> ASAF <input type="checkbox"/> VAS <input type="checkbox"/> UITSLUITEND LICENTIE CO-PILOOT	<i>Gezichtscorrectie :</i> 0 ja – 0 neen <i>Bril :</i> 0 ja – 0 neen <i>Lenzen :</i> 0 ja – 0 neen <i>Bloedgroep :</i>Rh..... <i>Antitetaanusvaccin (jaar) :</i> In afwachting van : <input type="checkbox"/> <i>EKG toelating</i> <input type="checkbox"/> <i>Oftalmo toelating</i> <input type="checkbox"/> <i>tetanus vaccin</i> <input type="checkbox"/> <i>andere</i> <i>Medisch toezicht :</i> 0 ja – 0 neen <i>Gehandicaptenverg. :</i> 0 ja – 0 neen