



Formulaire Médical Medisch Formulier **2025**

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'etre informé de la législation antidopage oui - non

Je sais que je dois vérifier le caractare non dopant des médicaments que je prends 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 de innname van geneesmiddelen, 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 MEDISCH GETUIGSCHRIFT		ECG d'effort/ EKG met inspanningstest 0 ouija - 0 non/heen Date du dernier examen Datum van het laatste onderzoek :
Je soussigné, Dr..... Ik, ondergetekende, Dr déclare que le pilote		Vue corrigée/Gezichtscorrectie : 0 ouija - 0 non/heen Lunettes/Bril: 0 ouija - 0 non/heen Lentilles/Lenzen : 0 ouija - 0 non/heen
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		Groupe Sanguin/Bloedgroep :Rh..... Vaccin antitétanique (année) Antitetanusvaccin (jaar) :
Signature et cachet du médecin Handtekening en stempel van de arts		En attente : avis cardio / EKG toelating In afwachting van avis ophtalmo /Oftalmo toelating vaccin tétonas/ tetanus vaccin Autre/ andere
DOSSIER : RACB Sport ASAFAF VAS		Surveillance médicale/Medisch toezicht:0 oui/ja – 0 non/neen Lic. Handicapé/Gehandicaptenverg. 0 oui/ja – 0 non/neen

**Examen Clinique
Klinisch onderzoek
2025**

Nom/Naam :

Prénom/Voornaam :

Age/Leeftijd :

Poids/Gewicht :Kg Taille/Lengte : cm

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

Appareil circulatoire/Bloedsomloop

Coeur/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 génuflexions 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/Littekens : 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

Scoliose / Scoliose: 0 oui/ja – 0 non/neen Cyphose/Kyfose : 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

Ouies 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 : OEil droit/Rechteroog : /10 OEil gauche/Linkeroog : /10

AVEC correction/MET correctie : OEil droit/Rechteroog : /10 OEil 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
Medisch Formulier**

2025

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 ?		O oui/ja – O non/neen
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, hypertensionanémie, 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, aandoening en 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/ Rechteroor : 0 oui/ja – 0 non/neen
Votre vue est-elle défaillante ?/ Lijdt u aan gezichtsstoornissen ?	Oeil 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 ?	O oui/ja – O non/neen	
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 :/...../.....	
Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Si oui, lesquels ?	O oui/ja – O non/neen	
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 ?	O oui/ja – O non/neen	
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 ?	O oui/ja – O non/neen	
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) ?	O oui/ja – O non/neen	
Hebt u allergieën (eczeem, hooikoorts, astma, geneesmiddelenallergie) ?	O oui/ja – O non/neen	
Avez-vous déjà été transfusé ? Si oui, pourquoi ?	O oui/ja – O non/neen	
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	
A partir de 50 ans/Vanaf 50 jaar: Date du dernier examen cardiological 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 et ce compris la prise de médicaments répertoriés dans la liste des médicaments dopants (listes AMA)

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 alsook van het gebruik van substanties die opgenomen zijn op de lijst van het 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 :/...../.....

Signature et cachet du médecin
Handtekening en stempel van de arts