



## Formulaire Médical Medisch Formulier 2019

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 2019  
MEDISCH GETUIGSCHRIFT 2019

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/Gehandicaptentverg. : **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



<b>Formulaire Médical 2019</b> Medisch Formulier 2019	Nom/Naam : ..... Prénom /Voornaam : .....
<b>Rapport confidentiel/</b> Vertrouwelijk rapport	<b>Questionnaire à compléter par le licencié/</b> <b>Vragenlijst in te vullen door de vergunninghouder</b>

<p>Souffrez-vous ou avez-vous d'une affection/Lijdt u of hebt u geleden aan één van de volgende aandoeningen ?</p> <p>a) <b>aux poumons, voies respiratoires (asthme, bronchite, tuberculose, pneumothorax)</b> longen en luchtwegen (astma, bronchitis, tuberculose, pneumothorax) ?</p> <p>b) <b>cardio-vasculaire (infarctus, hypertension, anémie, angine de poitrine, trouble du rythme, palpitations, perte de connaissance)/hart en bloedvaten</b> (infarct, hoge bloeddruk, bloedarmoede, hartkloppingen, bewustzijnsverlies, angor) ?</p> <p>c) <b>du système nerveux (commotion cérébrale, vertiges, épilepsie, trouble de l'équilibre, paralysie)/zenuwstelsel</b> (hersenschudding, evenwichtsstoornissen, epilepsie, verlamming) ?</p> <p>d) <b>de l'estomac et des intestins (ulcères à l'estomac, maladie de Crohn ou autres)</b> maag en darmen (maagzweer, ziekte van Crohn of andere) ?</p> <p>e) <b>aux muscles, à la colonne vertébrale et aux articulations (fractures, hernie discale, sciatique, lumbago, rhumatisme articulaire aigu, polyarthrite chronique)</b> ? spieren, wervelzuil en gewrichten (breuken, hernia, « sciatique », lumbago, rheuma, acut gewrichtsrheuma, chronische polyarthritis) ?</p> <p>f) <b>du foie et de la vésicule biliaire (jaunisse)/lever en galblaas</b> (geelzucht) ?</p> <p>g) <b>aux glandes endocrines ou maladies du sang (thyroïde, diabète)</b> ? endocriene klieren en bloedziekten (schildklier, suikerziekte) ?</p>	<p><b>O oui/ja – O non/nee</b></p> <p><b>O oui/ja – O non/nee</b></p> <p><b>O oui/ja – O non/nee</b></p> <p><b>O oui/ja – O non/nee</b></p> <p><b>O oui/ja – O non/nee</b></p> <p><b>O oui/ja – O non/nee</b></p> <p><b>O oui/ja – O non/nee</b></p> <p><b>O oui/ja – O non/nee</b></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2. <b>Avez-vous encore souffert d'autres maladies, d'affections ou infirmités ?</b> <b>Lesquelles ?</b> Hebt u ooit geleden aan andere ziekten, aandoeningen of gebreken ? Welke ?</p> <p><b>Avez vous déjà été opéré ? /Bent u ooit geopereerd ?</b></p>	<p><b>O oui/ja – O non/nee</b></p> <p><b>O oui/ja – O non/nee</b></p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Votre ouïe est-elle défaillante/Lijdt u aan gehoorsstoornissen ?</b> Oreille gauche/Linkeroor : <b>0 oui/ja – 0 non/nee</b>      Oreille droite/Recheroor : <b>0 oui/ja – 0 non/nee</b></p> <p><b>Votre vue est-elle défaillante ?/Lijdt u aan gezichtsstoornissen ?</b> Œil gauche/Linkeroog : <b>0 oui/ja – 0 non/nee</b>      œil droit/Recheroog : <b>0 oui/ja – 0 non/nee</b></p>		
<p><b>Portez-vous des lunettes/des lentilles de contact ?/Draagt u een bril of contactlenzen ?</b></p> <p><b>La vision des couleurs est-elle normale ?/Is uw kleurenzicht normaal ?</b></p> <p><b>Date du dernier examen ophtalmologique/Datum van het laatste oogonderzoek :</b></p>	<p><b>O oui/ja – O non/nee</b></p> <p><b>O oui/ja – O non/nee</b></p> <p>...../...../.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Si oui, lesquels ?</b> Neemt u regelmatig geneesmiddelen ? Zo ja, welke ?</p> <p><b>Etes-vous atteint d'une infirmité ou invalidité ? Si oui, précisez ? Depuis quand ?</b> Bent u aangetast door een gebrek of invaliditeit ? Zo ja, welk ? Sinds wanneer ?</p>	<p><b>O oui/ja – O non/nee</b></p> <p><b>O oui/ja – O non/nee</b></p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Pratiquez-vous régulièrement une activité sportive, autre que le sport automobile ?</b> Beoefent u regelmatig een andere sport dan de autosport ?</p>	<p><b>O oui/ja – O non/nee</b></p>	<p>.....</p>
<p><b>Souffrez-vous d'allergie (eczéma, rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse) ?</b> Hebt u allergieën (eczeem, hooikoorts, astma, geneesmiddelenallergie) ?</p>	<p><b>O oui/ja – O non/nee</b></p>	<p>.....</p>
<p><b>Avez-vous déjà été transfusé ? Si oui, pourquoi ?</b> Onderging u al een bloedtransfusie ? Zo ja, waarom ?</p>	<p><b>O oui/ja – O non/nee</b></p>	<p>.....</p>
<p><b>Portez-vous une prothèse dentaire ?/Draagt u een tandprothese ?</b></p>	<p><b>O oui/ja – O non/nee</b></p>	<p>.....</p>
<p>A partir de de 45 ans /Vanaf 45 jaar :<b>Date du dernier examen cardiologique avec épreuve d'effort/Datum van het laatste</b> <b>cardiologisch onderzoek met inspanningstest :</b> .....</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 :** ...../...../ 2019

**Signature et cachet du médecin**

Handtekening en stempel van de arts