

**EXAMEN MEDICAL D'APTITUDE
POUR L'OBTENTION DE LA LICENCE 2024**

1/ - **NOM**.....**PRENOM**.....**C.I.N**.....

2/ - Poids Taille Groupe sanguin *

3/ - Allergies :
- Antécédents personnels :
- Traitements chroniques :

4/- Bilan cardio-vasculaire : (ECG 12 dérivations)*

T.A. au repos :

5/- Epreuve de Ruffier-Dickson (30 flexions en 45'')*

Au repos A l'effort Après 1 minute

6/- Vaccin de tétanos : présenter une carte où ils figurent la date (pas plus de dix ans) et la référence

7/- Capacité vitale mesuré :

Appréciée : très bonne/bonne/insuffisante*

8/- Réflexes tendineux : normaux / anormaux *

9 /- Limitations articulaires (lieu, degré) : non / oui *

10/- Amputation ou prothèse : non / oui *

(*) 2/- présentation d'une attestation

(*) 4/- obligatoire après 45 ans et pour une première demande de licence

(*) 5/- obligatoire pour une première demande de licence

• Amyotrophie : non / oui *

• Etat de l'audition (voix chuchotée entendue à 3 mètres) : normal / anormal*

• Etat de la vue

Acuité visuelle : ☐ avec Correction : O.D. /10 O.G. /10
☐ sans

Port de lunettes : ☐ oui ☐ non

Port de lentilles de contact : ☐ oui ☐ non

Vision des couleurs (pas de confusion des drapeaux utilisés en Compétition) : normale / anormale*

Vision nocturne : normale / anormale*

* Rayer la mention inutile

☐ Ne représente pas de contre-indication médicale à la pratique du Sport automobile.

☐ Présente une contre-indication médicale à la pratique du sport Automobile.

☐ Demande l'avis du médecin fédéral.

Date :

Signature et cachet du médecin

Nom du pratiquant :

Je déclare d'avoir informé le médecin sur l'état de ma santé actuelle et sur mes antécédents.

Je me compromets à ne pas utiliser des substances ou des méthodes interdites sur la liste de l'agence d'anti-dopage.

Signature :

NOTE IMPORTANTE A L'USAGE DU MÉDECIN EXAMINATEUR

Ne pas oublier d'apposer votre signature et cachet dans le cadre « certificat médical » Prévu à cet effet.

Au cas où cet examen révélerait un risque, notamment pour ce qui concerne l'un des **points mentionnés dans la fiche médicale ci-dessous, il ya lieu de demander l'avis d'un médecin fédéral.**

En cas d'hypertension artérielle, d'infarctus récent ou ancien, de coronaropathie, de cardiopathie décompensée, demandez l'avis du Médecin Fédéral National.

Une amputation appareillée de façon fonctionnelle est compatible.

La limitation des grandes articulations, lorsqu'elle existe, doit être inférieure à 50%.

Les amputations des doigts de la main sont tolérées si la fonction d'opposition est conservée des deux côtés.

Si le sujet est diabétique insulo-dépendant, il doit vous présenter son schéma de traitement.

Le dossier doit être adressé sous pli confidentiel au Médecin Fédéral National.

L'usage régulier de médicaments pouvant perturber **le comportement doit être signalé.**