



## EXAMEN MÉDICAL par rapport à une demande de licence

(à compléter par le pilote)

## ANNEXE A

Année :

### Informations du Pilote

MUL-ID :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : masculin  féminin

GROUPE SANGUIN :

\*tous les champs sont obligatoirement à remplir

### Questions :

NON		OUI	Détails
<input type="checkbox"/>	Perte de connaissance pour une raison quelconque, vertiges ou maux de tête	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Problèmes oculaires (excepté lunettes)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Allergie aux médicaments ou substances	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Problèmes de tension artérielle	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Problèmes gastriques (ulcère, etc.)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Problèmes uro-génitaux	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Epilepsie ou convulsions	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Troubles mentaux ou nerveux	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Problèmes des bras ou des jambes y compris crampes des muscles ou raideur des articulations	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Troubles sanguins avec tendance à l'hémorragie	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Opérations	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Prenez-vous régulièrement des médicaments ou autres substances ?	<input type="checkbox"/>	



- Je n'ai pas été interdit(e), pour des raisons médicales, de participer à d'autres sports.
- Je ne prends pas de drogue et je n'abuse pas de l'alcool.
- En cas de blessure, j'autorise le personnel médical à divulguer toute information nécessaire au directeur de course, à mes porches, à mon propre médecin et à la FMN.
- Je déclare que les informations que j'ai données sont la vérité.
- J'autorise que les données du formulaire Examen Médical soient envoyées au médecin de ma FMN.

---

**Date**

**Signature du pilote (ou parent ou tuteur responsable, si mineur(e))**