



sport@swissmoto.org
sport@s-a-m.ch

Check-list pour le médecin – Aperçu (page 1/3)

Nom: _____ Date de naissance: _____

Typ de Sport: _____ Catégorie(s): _____

Certificat médical – rempli par le médecin Uniquement pour les licences internationales, FIM ou FIM Europe

Le médecin soussigné a examiné le demandeur de licence mentionné ci-dessous sur la base du formulaire

- "Antécédents médicaux (page 2)" et
- "Examen médicale (page 3)"

le _____.

Il est jugé: ☐ Apte à participer à des compétitions motocyclistes
☐ Inapte

En cas de réponse "inapte", le dossier sera transmis au médecin de la Swiss Moto pour un examen complémentaire.

Lieu: _____ Date: _____

Signature / Timbre du médecin: _____

Je confirme qu'il n'existe aucun facteur m'interdisant de pratiquer le sport motocycliste. Je me sou mets à l'autorité sportive et à la réglementation de la FIM / FIM Europe et Swiss Moto. En particulier j'accepte par ma signature les dispositions antidopage Swiss Moto et de Swiss Olympic Association. (Vous trouvez l'actuelle liste doping sous www.swissolympic.ch ou sous www.sportintegrity.ch) et la transmission des documents médicaux du médecin sportif au jury de la course et à l'assurance RC de la course en question et au secrétariat de la Swiss Moto.

Je confirme également être conscient(e) que les couvertures d'assurance Swiss Moto incluses dans la licence Swiss Moto ne couvrent pas d'éventuelles participations à des manifestations non officielles ou non reconnues par la Swiss Moto.

Date: _____ Signature du pilote: _____

Pour les mineurs: Signature des parents ou du représentant légal: _____



sport@swissmoto.org
sport@s-a-m.ch

A REMPLIR PAR LE PILOTE ET A REMETTRE AU MEDECIN AVEC LA CHECK-LIST

Antécédents Médicaux

Annexe A (page 2/3)

Données personnelles:

Nom:	Prénom :	Date de naiss.:
Sexe:	☐ masculin ☐ féminin	

NON		OUI	Détails
☐	Perte de connaissance pour une raison quelconques vertiges ou maux de tête	☐	
☐	Problèmes oculaires (sauf lunettes)	☐	
☐	Asthme	☐	
☐	Allergie aux médicaments ou substances	☐	
☐	Diabète	☐	
☐	Problèmes cardiaques	☐	
☐	Problèmes de tension artérielle	☐	
☐	Problèmes d'estomac (ulcère, ect.)	☐	
☐	Problèmes uro-génitaux	☐	
☐	Épilepsie ou convulsions	☐	
☐	Troubles mentaux ou nerveux	☐	
☐	Problèmes des bras ou des jambes y compris, crampes, des muscles ou raideur des articulations	☐	
☐	Troubles du sang avec tendance à l'hémorragie	☐	
☐	Opérations	☐	
☐	Prenez-vous régulièrement des médicaments ou autres substances?	☐	

- a Je n'ai pas été interdit, pour des raisons médicales, de participer à d'autres sports
- b Je ne prends pas de drogue et je n'abuse pas de l'alcool
- c En cas de blessure, j'autorise le personnel médical à divulguer toute information nécessaire au directeur de course et à la Swiss Moto
- d Je déclare que les informations que j'ai données sont correctes.
- e J'autorise que les données du formulaire Examen Médical soient envoyées au médecin de la Swiss Moto

Date: _____

Signature: _____



sport@swissmoto.org
sport@s-a-m.ch

Examen médicale

Annexe B (page 3/3)

Données personnelles:

Nom:		Prénom:		Date de naiss.:
Sexe:	☐ masculin	☐ féminin		

Normal		Abnormalie	Détails (si anomalie)
☐	Système cardio-vasculaire	☐	
☐	Tension artérielle	☐	
☐	Pouls	☐	
☐	Système respiratoire	☐	
☐	Système nerveux	Central	☐
☐		Périphérique	☐
☐	Nez-Gorge-Oreilles	En particulier la fonction	
☐		Droit	☐
		Gauche	☐
☐	Cochléo-vestibulaire	Droite	☐
☐		Gauche	☐
☐	Appareil moteur	Bras	
☐		Droite	☐
		Gauche	☐
☐		Jambe	
☐		Droit	☐
		Gauche	☐
☐		Colonne vertébrale	☐
☐	Abdomen (hernie)	☐	
☐	Urine	Albumine	☐
☐		Glucose	☐
☐	Yeux (Vue à distance)	Sans correction	
☐		Droite	☐
		Gauche	☐
☐		Avec correction	
☐		Droite	☐
		Gauche	☐

Date: _____ Signature et timbre du médecin: _____