



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

Nom:	Date de naissance:
Typ de Sport:	Catégorie(s):
	cal – rempli par le médecin es internationales, FIM ou FIM Europe
Le médecin soussigné a examiné le demandeur de • "Antécédents médicaux (page 2)" et • "Examen medicale (page 3)"	e licence mentionné ci-dessous sur la base du formulaire
le	
Il est jugé: Apte à participer à des compét Inapte	titions motocyclistes
En cas de réponse "inapte", le dossier sera transm complémentaire.	nis au médecin de la Swiss Moto pour un examen
Lieu:	Date:
Signature / Timbre du médecin:	
l'autorité sportive et à la règlementation de la FIN signature les dispositions antidopage Swiss Moto doping sous <u>www.swissolympic.ch</u> ou sous <u>www.s</u> du médecin sportif au jury de la course et à l'assur Moto. Je confirme également être conscient(e) que les c	ant de pratiquer le sport motocycliste. Je me soumets à 1/FIM Europe et Swiss Moto. En particulier j'accepte par ma et de Swiss Olympic Association. (Vous trouvez l'actuelle liste sportintegrity.ch) et la transmission des documents médicaux rance RC de la course en question et au secrétariat de la Swiss couvertures d'assurance Swiss Moto inclues dans la licence pations à des manifestations non officielles ou non reconnues
Date: Signa	iture du pilote:
Pour les mineurs: Signature des parents ou du rep	orésentant légal:

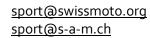


A REMPLIR PAR LE PILOTE ET A REMETTRE AU MEDECIN AVEC LA CHECK-LIST

Antécédents Médicaux

Annexe A (page 2/3) Données personelles:

Nom:		Prénom :		Date de naiss.:					
Sexe:	masculin féminin								
NON		OUI	Détails						
	Perte de connaissance pour une raison quelconque	es							
	vertiges ou maux de tête								
	Problèmes oculaires (saufe lunettes)								
	Asthme								
	Allergie aux médicaments ou substances								
	Diabète								
	Problèmes cardiaques								
	Problèmes de tension artérielle								
	Problémes 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 articulation	ns 🗆							
	Troubles du sang avec tendance à l'hémorragi	ie 🗆							
	Opérations								
	Prenez-vous régulièrement des médicaments ou autres substances?								
a	Je n'ai pas été interdit, pour des raisons médica	ales, de par	ticiper à d'autres sports						
b	Je ne prends pas de drogue et je n'abuse pas de l'alcool								
С	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.								
е	J'autorise que les données du formulaire Examen Médical soient envoyées au médecin de la Swiss Moto								
Date:	Signature:								





Examen medicale Annexe B (page 3/3) Données personnelles:

Nom:					Prénom:				Date de naiss.:	
Sexe:		masculin	fémini	n		-				
Normal								Abnormalie	Détails (si	anomalie)
	Système cardio-vasculaire									
	Tension artérielle									
	Pouls									
	Systèi	me respiratoire	2]	
	Systèi	me nerveux		Centr Périp	ral hérique					
	Nez-G	iorge-Oreilles	E	En parti	iculier la fon	nction	Droit Gauche			
	Cochle	éo-vestibulaire					Droite Gauche			
	Appar	eil moteur	E	Bras			Droite Gauche			
			J	Jamb	e		Droit Gauche			
			C	Colon	ne vertéb	orale				
	Abdor	men (hernie)								
	Urine			Albur Glucc	mine ose					
	Yeux ((Vue à distance	e) S	Sans	correction	on	Droite Gauche			
			A	Avec	correction	on	Droite Gauche			

Date: _____ Signature et timbre du médecin: _____