



Date de l'examen : .....

Nom et prénom : .....

Lieu et date de naissance: .....

Profession: .....

Adresse: .....

Club:..... Catégorie :.....

Type de sport moto : cross – supermoto – courses sur route – rallye - speedway

Médecin de famille: .....

Groupe Sanguin: ..... Facteur Rhésus.....

Vaccin antitétanique – date dernier rappel: .....

Sérothérapie - type: ..... Date: .....

Allergies: .....

Lunette: ..... Lentilles de contact:.....

**ANAMNESE**

Antécédents familiaux: épilepsie - diabète - hypertension - cœur - autres: .....

Antécédents personnels : épilepsie - diabète - troubles de position - maladie de croissance – tabac – alcool - autres maladies: .....

Traumatismes : .....

Opérations: .....

Degré d'invalidité et localisation: .....

Examens antérieurs et inaptitudes : école – service militaire – assurance vie

Maladies ou accident durant la saison en cours avec ou sans blocage de la licence.....

**ANAMNESE SPORTIVE**

Début de la pratique de la moto: .....

Fréquence de l'entraînement moto: .....

Autres sports pratiqués: .....

Blocage de licence ou inaptitude sportive: .....

Je déclare que je n'utilise pas de produits figurants sur la liste anti doping

Signature du pilote ou d'un parent en cas de minorité, déclarant que ses réponses ne sont pas contraires à la vérité.

Age: .....

Taille: ..... cm. Poids: .....kg Pourcentage de graisse: .....

**EXAMEN CLINIQUE**

**SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE**

TA:..... Rythme: ..... Bruits: .....

Artères: ..... Veines: .....

Divers: .....

**SYSTEME RESPIRATOIRE**

Auscultation .....

Capacité vitale: ..... Spirométrie : .....

**VISION - AUDITION**

Acuité visuelle binoculaire: ..... Après correction: .....

Champs visuel: .....

Vision des couleurs: .....

Acuité auditive: ..... Otoscopie: .....

**SYSTEME LOCOMOTEUR**

Souplesse: Test de Schöber: .....

Test doigts-sol : .....

Test musculaire : M.S: .....

M.I: .....

Rachis: .....

Articulations: ..... Epauls: .....

Poignets:.....

Genoux: .....

Chevilles:.....

Autres: .....

**SYSTEME NERVEUX**

Test d'équilibre:.....

Coordination:.....

**SYSTEME DIGESTIF:** Caries:..... position dentaire: .....

Hernie: ..... Autre :.....

**SYSTEME ENDOCRIN & UROGENITAL:**

Urines : protéines: ..... sucre:.....

**PEAU ET SYSTEME PILEUX:**

Mycoses : ..... autres: .....

**TEST ERGOMETRIQUE**

Type de test ergométrique:.....

(Test de récupération pour les moins de 15 ans)

charge:	Pulsations :
0 min: .....	.....
3 min.: .....	.....
6 min.: .....	.....
9 min.: .....	.....
12 min. : .....	.....

Récupération: 1 min.: ..... 2 min.: ..... 3 min.: .....

- ECG repos : .....

- ECG d'effort : .....

(ECG facultatif pour les moins de 15 ans)

**CONCLUSIONS. Sur base des examens réalisés, le pilote est déclaré :**

- Invalidité: ..... Pourcentage: ..... Raison en place: .....
  - Apte
  - Inapte
  - Temporairement inapte
  - Avis du collège médical
- Cachet du docteur FMWB

Date et signature

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

CONSEILS: .....

La copie de cet examen, ainsi que le certificat médical, doivent être sauvegardés dans l'application "My FMB-BMB" (Magelan), au niveau de l'onglet "mes documents".