



Attestation d'Aptitude Médicale 2021

Je soussigné, Dr.

déclare que le pilote

a bien subi l'examen médical réglementaire en date du

et est apte / pas apte à la pratique du sport automobile.

Signature et cachet du médecin

ECG d'effort: oui / non

Date du dernier examen:

Vue corrigée: oui / non

Lunettes: oui / non

Lentilles: oui / non

Groupe Sanguin: Rh.....

Vaccin antitétanique (année):

En attente: avis cardiologue
 avis ophtalmologue
 vaccin tétanos
 autre

Surveillance médicale: oui / non

Licence pilote handicapé: oui / non

- **Prière de bien vouloir envoyer une copie de cette page à:**

Automobile Club du Luxembourg
c/o ACL Sport
54 route de Longwy
L-8080 Bertrange

ou par email à: aclsport@acl.lu

- **Important: les 4 pages du présent document doivent être jointes sous pli fermé à la demande de licence.**

Examen Clinique 2021

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN

Matricule:

Nom:

Prénom:

Âge:

Taille: cm

Poids: kg

Appareil circulatoire

Cœur: Auscultation:

Pouls au repos:/min.

Tension au repos (bras gauche): mm Hg

Tension au repos (bras droit): mm Hg

Pouls après effort (épreuve de Martinet, 10 genuflexions profondes):/min régulier

Appareil respiratoire

Auscultation:

Dyspnée de repos: oui / non

Cyanose? oui / non

Cicatrice: oui / non

Abdomen

Souple: oui / non

Tympanique: oui / non

Cicatrice: oui / non

Indolore: oui / non

Souffle: oui / non

Masse: oui / non

Articulations

Existe-t-il des anomalies / amputations? oui / non

Existe-t-il des anomalies aux muscles? oui / non

Existe-t-il des cicatrices? oui / non

Colonne vertébrale

La mobilité est-elle normale? oui / non

Lordose: oui / non

Scoliose: oui / non

Cyphose: oui / non

Système nerveux

Réflexes tendineux? Cutanés?

La marche, les yeux fermés, est-elle sûre? oui / non

Romberg?

Force musculaire membres supérieurs:

Force musculaire membres inférieurs:

Audition

Ouïes normales: Gauche: oui / non

Droit: oui / non

Vue

Acuité visuelle trouvée

SANS correction: Œil gauche:/10ème Œil droit:/10ème

AVEC correction: Œil gauche:/10ème Œil droit:/10ème

Port de lunettes: oui / non

Port de lentilles de contact: oui / non

Vision des couleurs: selon test Ishihara normale / anormale

Date, signature et cachet du médecin.....

Questionnaire Médical 2021

À COMPLÉTER PAR LE PILOTE

(RAPPORT CONFIDENTIEL)

Nom:

Prénom:

Matricule:

Souffrez-vous ou avez-vous d'une affection

- a) aux poumons, voies respiratoires (asthme, bronchite, tuberculose, pneumothorax)? oui / non
- b) cardio-vasculaire (infarctus, hypertension, anémie, angine de poitrine, trouble du rythme, palpitations, perte de connaissance)? oui / non
- c) du système nerveux (commotion cérébrale, vertiges, épilepsie, trouble de l'équilibre, paralysie)? oui / non
- d) de l'estomac et des intestins (ulcères à l'estomac, maladie de Crohn ou autres) oui / non
- e) aux muscles, à la colonne vertébrale et aux articulations (fractures, hernie discale, sciatique, lumbago, rhumatisme articulaire aigu, polyarthrite chronique)? oui / non
- f) du foie et de la vésicule biliaire (jaunisse)? oui / non
- g) aux glandes endocrines ou maladies du sang (thyroïde, diabète)? oui / non

Avez-vous encore souffert d'autres maladies, d'affections ou infirmités? oui / non

Lesquelles?

Avez-vous déjà été opéré? oui / non

Raison(s)?

Votre ouïe est-elle défaillante?

Oreille gauche: oui / non Oreille droite: oui / non

Votre vue est-elle défaillante?

Œil gauche: oui / non Œil droit: oui / non

Portez-vous des lunettes/des lentilles de contact? oui / non

La vision des couleurs est-elle normale? oui / non

Date du dernier examen ophtalmologique:

Prenez-vous régulièrement des médicaments? oui / non

Si oui, lesquels?.....

Êtes-vous atteint d'une infirmité ou invalidité? oui / non

Si oui, précisez

Depuis quand?

Pratiquez-vous régulièrement une activité sportive, autre que le sport automobile? oui / non

Si oui, précisez

Souffrez-vous d'allergie (eczéma, rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse)? oui / non

Si oui, précisez

Avez-vous déjà été transfusé? oui / non

Si oui, pourquoi?

Portez-vous une prothèse dentaire ? oui / non

À partir de 45 ans: date du dernier examen cardiologique avec épreuve d'effort:

Signature du pilote.....

Déclaration à signer par le pilote

Je, soussigné (nom et prénom)

déclare que j'ai informé exactement le médecin examinateur de mon état de santé actuel et de mes antécédents.

Je m'engage à prévenir rapidement la Commission médicale de l'ACL Sport et, le cas échéant, le Médecin-chef de l'épreuve de tout changement significatif de mon état de santé:

- au plan médical, en incluant les médicaments administrés pour une durée supérieure à 3 semaines,
- au plan traumatologique, que l'accident soit suivi ou non d'un arrêt de travail, et qu'il soit lié ou non à la pratique du sport automobile.

Je m'engage à m'informer de la législation antidopage en vigueur (www.alad.lu – www.wada-ama.org – www.aclsport.lu/antidopage) et, en tant que sportif, à ne pas faire usage de substances figurant sur la liste des substances et méthodes interdites de l'Agence Mondiale Antidopage.

Lieu, date et signature du pilote

_____, le _____

Signature et cachet du médecin