**Fiche Médico-sportive 2021 (reste archivée chez le médecin)**

1**. Général**

Date:. ...............................................................

Nom + prénom pilote:………………………………………......................

Lieu et date de naissance:…......................................................

Profession:… .........................................................

Adresse:..…. …….....................................................

................... ........................................................

Médecin de famille: ........ ........................................

Groupe sanguin:............. Rhésus: ...................

Dernier rappel vaccin antitétanique: .........................

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

Allergies: ..............................................................

Lunettes:................... Lentilles de contact:. ............

Prothèse dentaire: .................................................

Age:......................….... Taille:. .............................

Poids:........................... Pct de graisse: ..................

**2. Anamnese**

Antécédents familiaux:

épilepsie – diabète – hypertension – cœurs

Antécédents personnelles:

épilepsie – diabète – tabagisme – alcool

Autres: .................................................................

Traumatismes: ......................................................

Opérations: ...........................................................

Examens antérieures et inaptitudes:

école – service militaire – assurance vie

Maladies ou accidents durant la saison en cours avec

ou sans blocage de licence:

 ..........................................................................

Invalidité: (oui/non) Pourcentage: ........................

Si oui, détail de l’invalidité:

 ..........................................................................

**3. Anamnese sportive**

Début de la pratique sportive:

Début de la compétition: ………………….............

Fréquence de l’entraînement Moto: ..................

Genre:.................... Durée:. .............

Autres pratiques: ....................................................

Pratiques antérieures: .............................................

Rythme de compétition: ..........................................

Résultats de compétitions: ......................................

Blocage de licence :.................................................

**4. Dopage**

Je prend aucun produit/les produits suivants de la liste

de produits de dopage

 ...................................................................

Les questions de 2 à 4 ont été remplies conformément à la vérité. **Signature de la personne concernée ou d’un de ses parents en cas de minorité.**

 …………………………………………………

**5. Examen clinique**

Acuité visuelle binoculaire .......................................

Avec corrections ....................................................

Champs visuel:............... Vision couleurs: ................

Acuité auditive:............... Pres Sang Syst: ...............

Diast: ...................................................................

**6. Martinet** (Pour les -15 ans)

Pouls fin de charge:. ...............................................

Pouls après 1 min récupération: ...............................

Pouls après 3 min récupération: ...............................

**7. Test ergométrique** (Pour les +15 ans)

ECG au repos:. .......................................................

Type de test ergométrique: ......................................

Début de charge:................. pouls 3 min: ...........

Charge après 3 min:............... pouls 6 min: ...........

Charge après 6 min:............... pouls 9 min: ...........

Charge après 9 min:............... pouls 12 min: .........

Fin de charge:............ pouls: ............

Durée test:................ ECG d’effort: ...................

Récupération ECG: ............…...…....................

Pouls après 1min: .......................................

**8. Pneumones**

Auscultation: ...........................................

Amplitude Thoracique: ............................…............

Capacité Vitale:............. Valeur d’une sec: .............

**9. Cœur**

Volume:....................... Rythme: ..........................

Bruits: .................................................................

**10. Vaisseaux Sanguins**

Artères: ............................................................

Veines: ....................... (varices-hemorroïdes)

**11. Système locomoteur**

Dynamométrie des mains: D........... G ..............

Souplesse: Test de Schöber: .................................

Test doigts-sol:. ...................................……..........

Test Musculaire:

membres sup.: ...........................

membres inf.: ..............................

**12. Squelette**

Colonne vertebrale: ..............….....Hernie :..........................

Articulations: Epaules:............. Poignets: ................

Genoux:............. Chevilles ................

Autres: .................................................................

**13. Système nerveux**

Romberg: .............................................................

Teste d’équilibre:. ..................................................

Coördination: ........................................................

**14. Système digestif**

Caries:........................ Autres: ...........................

Système endocrin & urogenital: ...............................

Peau & système pileux: Mycoses: ............................

Autres: ...............................

**15. Examines complémentaires (si nécessaire)**

Radiographies: ......................................................

Examens laboratoire:. ............................................

Autre: ..................................................................

 **16. Conclusion**

 **APTE / INAPTE**

**Cachet du médecin qui a fait l’examen auprès du pilote.**

**Date: Signature**:

Anal. d’urines: Alb.:...............….. Sucre: ................

Sang:.................. Autres: ..............

# Déclaration Médicale 2021

A remplir par le médecin sportif APRES les examens sportifs

Je, soussigné .................................................................., docteur en médecine.

habitant à ...........................................................................................

déclare par la présente que j’ai examiné: ....................................(nom pilote)

demandeur d’une licence motocross à la Motorsport Vlaanderen, membre de FMB-BMB et que je juge cette personne

EST APTE à participer au MOTORCROSS.

N’EST PAS APTE à participer au MOTORCROSS

(biffez la ligne inexacte s.v.p.)

Déclaration faite le (Cachet & signature du médecin sont obligatoire)

|  |
| --- |
|  |