



Attestation d'Aptitude Médicale 2024

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

Veuillez envoyer ce document par mail à l'adresse aclsport@acl.lu ou bien par voie postale à

ACL SPORT
54, route de Longwy
L-8080 Bertrange

Questionnaire Médical 2024

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