



**Formulaire Médical  
Medisch Formulier  
2026**

A REMPLIR PAR LE PILOTE  
IN TE VULLEN DOOR DE PILOOT

Nom/Naam : .....

Prénom/Voornaam : .....

Date de naissance/Geboortedatum : ...../...../.....

N° de licence/n° de vergunning .....

Je reconnais m'être informé de la législation antidopage oui - non  
Je sais que je dois vérifier le caractère non dopant des médicaments que je prends oui - non  
Je demande une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques en référence aux listes AMA / WADA oui - non

Ik verklaar op de hoogte te zijn van de anti-doping wetgeving ja - neen  
Ik weet dat ik, bij de inname van geneesmiddelen, eerst dien te verifiëren of deze al dan niet in strijd zijn met de Anti-Doping  
Regelgeving van de WADA-AMA ja - neen  
Ik vraag een toelating voor het gebruik van therapeutische middelen die zijn opgenomen in de lijst van AMA/WADA ja - neen

Signature pilote – Handtekening piloot

**SECRET MEDICAL - MEDISCH GEHEIM**

<p>ATTESTATION D'APTITUDE MEDICALE MEDISCH GETUIGSCHRIFT</p>	<p>ECG d'effort/EKG met inspanningstest 0 oui/ja - 0 non/neen Date du dernier examen Datum van het laatste onderzoek : .....</p>
<p>Je soussigné, Dr..... Ik, ondergetekende, Dr déclare que le pilote ..... Verklaar dat de piloot a bien subi l'examen médical réglementaire en date du ..... zich aan het nodige medisch onderzoek onderworpen heeft op..... et est apte – pas apte à pratiquer le sport automobile. en geschikt – niet geschikt bevonden is om autosport te beoefenen</p>	<p>Vue corrigée/Gezichtscorrectie : 0 oui/ja - 0 non/neen Lunettes/Bril : 0 oui/ja - 0 non/neen Lentilles/Lenzen : 0 oui/ja - 0 non/neen  Groupe Sanguin/Bloedgroep : ..... Rh.....  Vaccin antitétanique (année) Antitétanusvaccin (jaar) : .....</p>
<p>Signature et cachet du médecin Handtekening en stempel van de arts</p>	<p>En attente : avis cardio / EKG toelating In afwachting van avis ophtalmo /Oftalmo toelating vaccin tétanos/ tetanus vaccin Autre/ andere</p>
<p>DOSSIER : RACB Sport ASAF VAS</p>	<p>Surveillance médicale/Medisch toezicht : 0 oui/ja – 0 non/neen Lic. Handicapé/Gehandicaptentverg. 0 oui/ja – 0 non/neen</p>

**Examen Clinique  
Klinisch onderzoek  
2026**

Nom/Naam : .....  
Prénom/Voornaam : .....  
Age/Leefstijid : .....  
Poids/Gewicht : .....Kg Taille/Lengte : ..... cm

**A compléter par le médecin agréé  
In te vullen door de goedgekeurde arts**

Appareil circulatoire/Bloedsomloop

Coeur/Hart : Auscultation/Auscultatie : .....  
Pouls au repos/Hartritme in rust : ...../min. Tension au repos/Bloeddruk in rust : .....mm Hg  
Pouls après effort (épreuve de Martinet, 10 genuflexions profondes)  
Hartritme na inspanningstest (proef van Martinet, 10 diepe kniebuigingen) : ...../min régulier/min regelmatig

Appareil respiratoire/Ademhaling

Auscultation/Auscultatie : .....  
Dyspnée de repos/Dyspnoe in rust : 0 oui/ja – 0 non/neen Cyanose ? : 0 oui/ja – 0 non/neen  
Cicatrice ?/Littekens : 0 oui/ja – 0 non/neen

Abdomen

Souple/Soepel :	0 oui/ja – 0 non/neen	Tympanique/Tympaan :	0 oui/ja – 0 non/neen
Cicatrice/Litteken :	0 oui/ja – 0 non/neen	Indolore/Pijnloos :	0 oui/ja – 0 non/neen
Souffle/Souffle :	0 oui/ja – 0 non/neen	Masse/Massa :	0 oui/ja – 0 non/neen

Articulations/Gewrichten

Existe-t-il des anomalies ? des amputations ?/Bestaan er afwijkingen of amputaties ? 0 oui/ja – 0 non/neen  
Existe-t-il des anomalies aux muscles ?/Bestaan er spierafwijkingen ? 0 oui/ja – 0 non/neen  
Existe-t-il des cicatrices ?/Zijn er littekens ? 0 oui/ja – 0 non/neen

Colonne vertébrale/Wervelkolom

La mobilité est-elle normale/Normale mobiliteit :	0 oui/ja – 0 non/neen	Cyphose/Kyfose :	0 oui/ja – 0 non/neen
Scoliose / Scoliose:	0 oui/ja – 0 non/neen	Lordose/Lordose :	0 oui/ja – 0 non/neen

Système nerveux/Zenuwstelsel

Réflexes tendineux ?/Peesreflexen ? : ..... Cutanés ?/Huidreflexen ? : .....  
La marche, les yeux fermés, est-elle sûre ?/Stabiele gang met gesloten ogen ? : 0 oui/ja – 0 non/neen  
Romberg ? : .....

Audition/Gehoort

Ouies normales/Normaal gehoor :	Droite/Rechts :	0 oui/ja – 0 non/neen
	Gauche/Links :	0 oui/ja – 0 non/neen

Vue/Zicht

Acuité visuelle trouvée/Gezichtsscherpte :	
SANS correction/ZONDER correctie :	OEil droit/Rechteroog : /10 OEil gauche/Linkeroog : /10
AVEC correction/MET correctie :	OEil droit/Rechteroog : /10 OEil gauche/Linkeroog : /10

Port de lunettes/Draagt bril :	0 oui/ja – 0 non/neen
Port de lentilles de contact/Draagt contactlenzen :	0 oui/ja – 0 non/neen

Vision des couleurs : selon test ISHIIHARA	0 Normale/Normaal – 0 Anormale/Abnormaal
Kleurenzicht : volgens de test ISHIIHARA :	

# Formulaire Médical 2026 Medisch Formulier

Nom/Naam : .....  
Prénom /Voornaam : .....

Rapport confidentiel/  
Vertrouwelijk rapport

Questionnaire à compléter par le licencié/  
Vragenlijst in te vullen door de vergunninghouder

<p>Souffrez-vous ou avez-vous d'une affection/Lijdt u of hebt u geleden aan één van de volgende affections ?</p> <p>a) aux poumons, voies respiratoires (asthme, bronchite, tuberculose, pneumothorax) longen en luchtwegen (astma, bronchitis, tuberculose, pneumothorax) ?</p> <p>b) cardio-vasculaire (infarctus, hypertensionnée, angine de poitrine, trouble du rythme, palpitations, perte de connaissance)/hart en bloedvaten (infarct, hoge bloeddruk, bloedarmoede, hartkloppingen, bewustzijnsverlies, angor) ?</p> <p>c) du système nerveux (commotion cérébrale, vertiges, épilepsie, trouble de l'équilibre, paralysie)/zenuwstelsel (hersenschudding, evenwichtsstoornissen, epilepsie, verlamming) ?</p> <p>d) de l'estomac et des intestins (ulcères à l'estomac, maladie de Crohn ou autres) maag en darmen (maagzweer, ziekte van Crohn of andere) ?</p> <p>e) aux muscles, à la colonne vertébrale et aux articulations (fractures, hernie discale, sciatique, lumbago, rhumatisme articulaire aigu, polyarthrite chronique) ? spieren, wervelzuil en gewrichten (breuken, hernia, « sciatique », lumbago, rheuma, acuut gewrichtsrheuma, chronische polyarthritis) ?</p> <p>f) du foie et de la vésicule biliaire (jaunisse)/lever en galblaas (geelzucht) ?</p> <p>g) aux glandes endocrines ou maladies du sang (thyroïde, diabète) ? endocriene klieren en bloedziekten (schildklier, suikerziekte) ?</p>	<p>O oui/ja – O non/nee</p> <p>O oui/ja – O non/nee</p> <p>O oui/ja – O non/nee</p> <p>O oui/ja – O non/nee</p> <p>O oui/ja – O non/nee</p> <p>O oui/ja – O non/nee</p> <p>O oui/ja – O non/nee</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2. Avez-vous encore souffert d'autres maladies, d'affections ou infirmités? Lesquelles ? Hebt u ooit geleden aan andere ziekten, aandoening en of gebreken? Welke ?</p> <p>Avez vous déjà été opéré ? / Bent u ooit geopereerd ?</p>	<p>O oui/ja – O non/nee</p> <p>O oui/ja – O non/nee</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p><u>Votre ouïe est-elle défaillante/Lijdt u aan gehoorsstoornissen ?</u></p>		
<p>Oreille gauche/Linkeroor 0 oui/ja – 0 non/nee</p>	<p>Oreille droite/ Rechteroor : 0 oui/ja – 0 non/nee</p>	
<p><u>Votre vue est-elle défaillante ?/ Lijdt u aan gezichtsstoornissen ?</u></p>		
<p>Œil gauche/Linkeroog 0 oui/ja – 0 non/nee</p>	<p>œil droit/Rechteroog: 0 oui/ja – 0 non/nee</p>	
<p>Portez-vous des lunettes/des lentilles de contact ?/Draagt u een bril of contactlenzen ?</p>	<p>O oui/ja – O non/nee</p>	<p>.....</p>
<p>La vision des couleurs est-elle normale ?/Is uw kleurenzicht normaal ?</p>	<p>O oui/ja – O non/nee</p>	<p>.....</p>
<p>Date du dernier examen ophtalmologique/Datum van het laatste oogonderzoek :</p>	<p>...../...../.....</p>	<p>.....</p>
<p>Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Si oui, lesquels ? Neemt u regelmatig geneesmiddelen ? Zo ja, welke ?</p>	<p>O oui/ja – O non/nee</p>	<p>.....</p>
<p>Etes-vous atteint d'une infirmité ou invalidité ? Si oui, précisez ? Depuis quand ? Bent u aangetast door een gebrek of invaliditeit ? Zo ja, welk ? Sinds wanneer ?</p>	<p>O oui/ja – O non/nee</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Pratiquez-vous régulièrement une activité sportive, autre que le sport automobile ? Beoefent u regelmatig een andere sport dan de autosport ?</p>	<p>O oui/ja – O non/nee</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Souffrez-vous d'allergie (eczéma, rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse) ? Hebt u allergieën (eczeem, hooikoorts, astma, geneesmiddelenallergie) ?</p>	<p>O oui/ja – O non/nee</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Avez-vous déjà été transfusé ? Si oui, pourquoi ? Onderging u al een bloedtransfusie ? Zo ja, waarom ?</p>	<p>O oui/ja – O non/nee</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Portez-vous une prothèse dentaire ?/Draagt u een tandprothese ?</p>	<p>O oui/ja – O non/nee</p>	<p>.....</p>
<p><u>A partir de 50 ans/Vanaf 50 jaar</u>: Date du dernier examen cardiologique avec épreuve d'effort/Datum van het laatste</p>		
<p>cardiologisch onderzoek met inspanningstest</p>	<p>...../...../.....</p>	<p>.....</p>

**Déclaration à signer par le licencié**  
**Verklaring te ondertekenen door de vergunninghouder**

Je soussigné, ..... déclare que j'ai informé exactement le médecin quant à ma condition psychophysique et mes affectations antérieures et je m'engage à communiquer par écrit, aux Présidents des commissions médicales auprès desquelles j'ai demandé une licence, les modifications de mon état de santé et ce compris la prise de médicaments répertoriés dans la liste des médicaments dopants (listes AMA)

Ik, ondergetekende, ..... verklaar dat ik de dokter correct ingelicht heb over mijn actuele gezondheidstoestand en eventuele vroegere aandoeningen en ik neem mijn verantwoordelijkheid dat ik per brief, gericht aan de Voorzitter van de Medische Commissie aan wie ik mijn aanvraag van vergunning gericht heb, eventuele wijzigingen van mijn medische toestand alsook van het gebruik van substanties die opgenomen zijn op de lijst van het WADA zal laten worden.

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)  
Handtekening (voorafgegaan door de melding " gelezen en goedgekeurd")

---

Fait à / Gedaan te : .....  
le / op : ...../...../.....

Signature et cachet du médecin  
Handtekening en stempel van de arts