|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Province\*** | **Club\*** |
|  |  |
| \*Mentions préalables obligatoires |

|  |
| --- |
| Identité et coordonnées du candidat pilote/co-pilote |
| Nom : |  | Fait à ,le |
| Prénom : |  | Signature du demandeur :  |
| Date de naissance: |  |  |
| Adresse : |  |
| Tel. /GSM : |  |
| E-mail : |  |

**Attestation d’aptitude médicale ASAF**

***Téléchargez le présent document et imprimez-le, rendez-vous chez le médecin et demandez-lui de le compléter, après examen.***

***Introduisez-le, ensuite, au format PDF, dans l’application informatique lors de la demande de licence.***

**Contre-indication absolue :**

- épilepsie, sous traitement ou non, avec manifestations cliniques constatées pendant les 10 dernières années ;

- tout problème cardio-vasculaire avec risque de mort subite ;

- cécité monoculaire.

Je, soussigné, Dr. ………………………………………………..........………… déclare que le candidat pilote /co-pilote identifié(e) ci-dessus a bien subi les examens médicaux réglementaires et que son état de santé ne présente aucune contre-indication à la pratique du sport automobile ni du Karting, en compétition.

J'atteste être le médecin de famille du demandeur\*/ un médecin agréé par le RACB-Sport\*

 *\* Biffer la mention inadéquate*

Examen(s) complémentaire(s) demandé(s) :

O Examen Cardiologique \*\* (obligatoire pour les demandeurs de 50 ans et plus)

O Examen Ophtalmologique\*\*

 *\*\* Cochez la case si l’examen est demandé*  Date, signature et cachet du médecin examinateur :

Remarque : 🞐 INAPTE AU PILOTAGE (= copilote uniquement)

 🞐 SURVEILLANCE MEDICALE

 🞐 LICENCE "HANDI"

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Je, soussigné, Dr. ……………………………………………….........., cardiologue, déclare que l'examen cardiologique réalisé ce jour sur le candidat pilote/co-pilote identifié(e) ci-dessus :

🞏 ne contre-indique pas la pratique du sport automobile ni du Karting en compétition\*.

🞏 contre-indique la pratique du sport automobile et du Karting en compétition\*.

 \*Cochez la case adéquate.

Validité de l’examen :

- Le/la candidat(e) a entre 50 et 59 ans : 🞏 **31 décembre 2024** 🞏 **31 décembre 2025**  🞏 **31 décembre 2026** \*

\*Veuillez cocher la durée de validité de l’examen qui ne peut excéder 3 années civiles pleines.

- Le/la candidat(e) a 60 ans et plus : 🞏 **31 décembre 2024** \*

\*Après 60 ans, la validité de l’examen ne peut excéder une année civile pleine.

N.B. : Si l’agrément a été accordé en décembre, la période de validité prendra cours au 1er janvier de l’année suivante.

Date, signature et cachet du cardiologue :

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Je, soussigné, Dr. ……………………………………………….........., ophtalmologue, déclare que l'examen ophtalmologiqueducandidat pilote/co-pilote identifié(e) ci-dessus :

🞏 ne contre-indique pas la pratique du sport automobile ni du Karting en compétition, cet agrément étant valable

jusqu'au ……………….

🞏 contre-indique la pratique du sport automobile et du Karting en compétition\*.

Date, signature et cachet de l’ophtalmologue :