



AUTOMOBILE CLUB

Certificat médico-sportif

sport automobile karting

Nom (majuscules) :

Prénoms :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. privé : travail :

Médecin traitant habituel :

Adresse :

Tél. :

Restrictions imposées par le permis de conduire :

Questionnaire médical

En cas de réponse positive,
compléter au volet II

oui non

Maladies :

Opérations :

Accidents :

Invalité : laquelle :

Médications : lesquelles :

(autres que celles pour

une maladie bénigne et

transitoire) :

Maladies

Lesquelles ? Quand ? :

Evolution :

Opérations / Accidents

Lesquels ? Quand ? :

Evolution :

Plaintes actuelles

a) cardiaques et vasculaires :

b) pulmonaires :

c) neurologiques et psychiatriques :

d) endocriniennes :

e) sanguines et rénales :

f) orthopédiques et rhumatologiques :

g) autres :

Je soussigné dégage les comités organisateurs et l'ACL de toute responsabilité en cas de réponse inexacte aux questions ci-dessus.

Fait le à

Signature

A SIGNER PAR LE CANDIDAT

Par la présente, le candidat soussigné autorise les médecins de la course à faire usage des déclarations médicales au verso, et à pratiquer tout geste urgent nécessaire en cas d'accident.

Signature
du candidat

Date :

