



AUTO-DÉCLARATION MÉDICALE OBLIGATOIRE

Formulaire à compléter obligatoirement à tous les ans entre chaque examen médical réalisé par un médecin

Afin d'évaluer le risque qu'elle peut encourir, Auto Sport Québec se réserve le droit d'exiger un examen médical en tout temps.

Le pilote ne doit participer à aucune compétition sauf s'il satisfait, et continue de satisfaire, aux exigences médicales de la licence de compétition décrites dans la réglementation sportive de Auto Sport Québec.

SECTION 1. INFORMATIONS PERSONNELLES :

Nom et prénom : _____ Age : _____

Adresse – Numéro, rue, appartement : _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

_____ Occupation : _____

Ville / Province : _____ Genre : Masculin Féminin

Code Postal : _____

SECTION 2 DÉCLARATION MÉDICALE VOLONTAIRE :

Avez-vous été traité pour / avez-vous eu / avez-vous actuellement l'une ou plusieurs des affectations suivantes? (Cochez oui à un ou plusieurs de ces items, veuillez en fournir les explications)

	OUI	NON
Maux de tête fréquents ou violents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de conscience pour une raison quelconque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertiges ou évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie ou convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes cardiaques :		
Maladie coronarienne ou angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie valvulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloc de branche gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rythmes cardiaques anormaux (arythmie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle élevée (HTA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de santé mentale ou d'ordre psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opération(s) affectant yeux, cerveau, cœur, nerfs, vaisseaux sanguins, os	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre des foies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles oculaires (mis à part le port de lunettes ou lentilles cornéennes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anémie ou autres maladies du sang, y compris saignement anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation dans les 12 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amputations ou incapacité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usage de drogue, narcotique ou problème d'alcoolisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retrait antérieur pour des raisons médicales par ASQ ou ASN Canada FIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exception médicale antérieure accordée par ASQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie(s) non mentionnée(s) ici :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



AUTO-DÉCLARATION MÉDICALE OBLIGATOIRE

Formulaire à compléter obligatoirement à tous les ans
entre chaque examen médical réalisé par un médecin

Nom et prénom : _____

SECTION 2 DÉCLARATION MÉDICALE VOLONTAIRE (suite) :

Groupe sanguin : _____ Date de votre dernier rappel pour le Tétanos : _____

Portez-vous des lunettes ou des lentilles cornéennes : OUI NON

Commentaires : _____

Toute condition médicale qui pourrait affecter votre habilité à compétitionner doit immédiatement être rapportée à ASQ.

SECTION 3 SIGNATURE :

Je soussigné, certifie que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité et exactes. De plus, je donne à tout hôpital, institution ou médecin, l'autorisation de communiquer à Auto Sport Québec toute information relative à mon état de santé.

Signature du demandeur : _____

Date (jj-mm-aaaa) : - -

Signature du parent ou tuteur si le demandeur est mineur : _____

Titre :

Date (jj-mm-aaaa) : - -