

SECRET MEDICAL

FORMULAIRE MEDICAL 2025

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	
Tel./GSM :	
E-mail :	

Je reconnais m'être informé de la législation anti-dopage	O oui O non
Je sais que je dois vérifier le caractère non-dopant des médicaments que je prends	O oui O non
Je demande une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques en référence aux listes AMA/WADA	O oui O non
En cas de réponse positive à cette dernière question, le présent document, accompagné d'une note explicative du médecin, quant au(x) produit(s) concerné(s), doit être conservé par le demandeur et pouvoir être présenté aux autorités médicales compétentes lors d'un éventuel contrôle anti-dopage.	

Signature du candidat licencié

Mesdames et Messieurs les Médecins,

Concerne : Formalités médicales en cas de demande de licence ASAF

Afin de préserver le droit à la vie privée des demandeurs et, particulièrement, ici, le secret médical, certaines procédures ont été revues.

Le candidat licencié (dont vous êtes le médecin de famille ou le gestionnaire du dossier médical*) devra vous présenter, outre ce "formulaire médical ASAF" qu'il aura préalablement complété et qui reprend l'inventaire des points sur lesquels il vous est suggéré de porter votre attention, un (ou plusieurs) formulaires de passage d'examen(s) complémentaire(s), le formulaire 'Attestation d'aptitude médicale (ASAF)' et éventuellement, si vous êtes un médecin repris sur la liste de ceux agréés par le RACB*, les "Talons/Attestations" à l'en-tête du RACB et de la VAS.

*** L'ASAF accepte les agréments délivrés par ces deux types de médecin.**

En fonction des résultats de l'examen pratiqué, vous pourrez inviter le demandeur à se soumettre à des examens complémentaires, si vous les trouvez nécessaires (ECG, ECG à l'effort, examen ophtalmologique, etc.).

Pour les demandeurs de 50 ans et plus, un examen du type ECG à l'effort est obligatoire, dont la durée de validité n'excédera pas si le demandeur a :

- **entre 50 ans et 59 ans**, maximum 3 années civiles pleines, la validité de l'examen ne peut donc dépasser la date du 31/12/2027.
- **60 ans et plus**, maximum 1 année civile pleine, la validité de l'examen ne peut donc dépasser la date du 31/12/2025.

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

Au terme de l'examen médical vous déciderez d'accorder, ou non, votre agrément. La validité de cet agrément est de trois mois, au maximum.

Vous complèterez votre partie du formulaire « Attestation d'aptitude médicale (ASAF) ». Cette Attestation comportera votre signature et votre numéro INAMI ainsi que l'agrément accordé. Ce document que vous remettrez au demandeur, sera introduit par ses soins (au format PDF) lors de sa demande de licence en ligne. L'ASAF se conformera de manière inconditionnelle à votre avis.

En cas d'examens complémentaires (demandés ou obligatoires), les résultats de ceux-ci seront remis au demandeur par vos confrères, lesquels auront complété, leur partie du formulaire « Attestation d'aptitude médicale (ASAF) » (agrément et la durée de celui-ci).

Veuillez agréer, Mesdames et Messieurs les Médecins, nos salutations les plus distinguées.

Katia LIEMANS,
Secrétaire Générale de l'ASAF

Rappel des contre-indications absolues :

- 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.

Formulaire Médical 2025/2	NOM / Prénom :
Questionnaire confidentiel	(À compléter par le demandeur, préalablement à l'examen)

Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection ?			
Aux poumons, voies respiratoires (asthme, bronchite, tuberculose, pneumothorax)		O oui	O non
Cardio-vasculaire (infarctus, hypertension, anémie, angine de poitrine, trouble du rythme, palpitations, perte de connaissance) ?		O oui	O non
Du système nerveux (commotion cérébrale, vertiges, épilepsie, trouble de l'équilibre, paralysie) ?		O oui	O non
De l'estomac et des intestins (ulcères à l'estomac, maladie de Crohn ou autres) ?		O oui	O non
Aux muscles, à la colonne vertébrale et aux articulations (fractures, hernie discale, sciatique, lumbago, rhumatisme articulaire aigu, polyarthrite chronique) ?		O oui	O non
Du foie et de la vésicule biliaire (jaunisse) ?		O oui	O non
Aux glandes endocrines ou maladies du sang (thyroïde, diabète) ?		O oui	O non
Avez-vous souffert d'autres maladies, d'affections ou infirmités ?		O oui	O non
Lesquelles ?			
Avez-vous déjà été opéré ?		O oui	O non
Votre ouïe est-elle défaillante ?	Oreille gauche	O oui	O non
	Oreille droite	O oui	O non
Votre vue est-elle défaillante ?	Œil gauche	O oui	O non
	Œil droit	O oui	O non
Portez-vous des lunettes/des lentilles de contact ?		O oui	O non
La vision des couleurs est-elle normale ?		O oui	O non
Date du dernier examen ophtalmologique ? / /		
Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Si oui, lesquels ?		O oui	O non
.....			
Etes-vous atteint d'une infirmité ou invalidité ? Si oui, précisez ?		O oui	O non
.....			
Depuis quand ? / /		
Pratiquez-vous régulièrement une activité sportive, autre que le sport automobile ?		O oui	O non
Souffrez-vous d'allergie (eczéma, rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse) ?		O oui	O non
Avez-vous déjà été transfusé ? Si oui, pourquoi ?		O oui	O non
.....			
Portez-vous une prothèse dentaire ?		O oui	O non
Date du dernier vaccin contre le tétanos ? / /		
Pour les demandeurs de 45-ans 50 ans et plus :			
Date du dernier examen cardiologique avec épreuve d'effort ? / /		

Déclaration à signer par le candidat licencié

Je soussigné, déclare, sur l'honneur, que j'ai informé exactement le médecin quant à ma condition psycho-physique et mes affections antérieures et que je m'engage à communiquer par écrit, aux Présidents des commissions médicales près desquelles j'ai demandé une licence, les modifications de mon état de santé, en ce compris la prise de médicaments répertoriés dans la liste des médicaments dopants (listes AMA/WADA).

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

.....

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

Le présent document et le formulaire 'Attestation d'aptitude médicale (ASAF) lui ont été remis par mes soins, ce jour.

- J'atteste être le médecin de famille du demandeur*

- Je suis un médecin agréé par le RACB-Sport*

* Biffer les éventuelles indications inadéquates

Signature et cachet du médecin

Fait à : **Le :**