



Chers Amis Pilotes et Copilotes,

Je vous demande de bien vouloir remplir cette fiche de renseignements médicaux pour nous permettre, à nous Médecins de l'épreuve, d'être plus efficaces en cas de nécessité.

Je vous remercie et vous adresse mes meilleurs sentiments sportifs.

Docteur Jean Pierre RIGOBERT
Médecin Fédéral Régional
LSA POITOU-CHARENTES

PILOTE / COPILOTE

(rayer la mention inutile)

NOM :

PRENOM :

N° de course :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX INDISPENSABLES

NB : ne remplir cette fiche que si vous prenez un traitement depuis longtemps pour une affection ancienne ou relativement ancienne, ou si vous présentez un handicap physique (amputation ou autre)

NOM :

PRENOM :

AGE :

SEXE :

Vous êtes : Pilote ou Copilote

N° de course si possible :

1 - PRESENTEZ VOUS UN HANDICAP ? OUI / NON

Si oui lequel :

**2 - PRESENTEZ VOUS UNE MALADIE POUR LAQUELLE VOUS PRENEZ UN
TRAITEMENT CONTINU ? OUI / NON**

Si oui laquelle :

Quel est votre traitement ?

3 - PRESENTEZ VOUS DES ALLERGIES A CERTAINS MEDICAMENTS ?

ANTIBIOTIQUES OUI / NON

ASPIRINE OUI / NON