

		CADRES RESERVES AUX SERVICES DE LA FMWB	Paiement reçu le	Référence :
			1.07.11. €	Signature validée <input type="checkbox"/> Certificat médical <input type="checkbox"/>

Il est de la responsabilité de la FPCNA de fournir à la FMWB un document complet (dûment signé et document médical) au plus vite.

Fédération Motocycliste Wallonne de Belgique

Chaussée de Louvain 550/7 – 1030 Bruxelles

Tél : 02/736.87.07 Fax : 02/732.14.88 Email : info@fmwb.be

DEMANDE D'ASSURANCE FPCNA - FMWB 2023

50 cc - 65 cc - 85 cc - Espoirs : + couverture MX FMB : + Option ass RC : **Autres cat. :**

(* Mentions qui doivent obligatoirement être complétées afin que la demande de licence soit traitée. Les demandes de licences incomplètes seront renvoyées à la FPCNA et traitées ultérieurement.

Nom Prénom

Adresse N° bte

C. postal Commune

Tél. Fax :

Date naissance / / Lieu

Nationalité Sexe : M F

Adresse E-Mail :

Je renonce formellement à me pourvoir en justice contre la FMWB et tous les organisateurs d'une épreuve sportive, à titre personnel ou comme civilement responsable.

Je renonce formellement, pour moi et mes ayants droit, à réclamer une indemnité quelconque au pilote qui, en course ou au cours des entraînements officiels, m'aurait causé un dommage, si important soit-il.

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions du décret du 20/10/11 interdisant le dopage, et, en conséquence, je m'engage sur l'honneur à ne pas m'adonner à la pratique du dopage et à me conformer strictement aux stipulations du décret précité. La liste des produits interdits est disponible sur www.dopage.be. Les dossiers disciplinaires sont traités pour la FMWB par la Commission Interfédérale Disciplinaire en matière de Dopage.

Je déclare informer le Collège Médical de la FMWB de toute blessure grave ou maladie grave survenant dans le cours de cette saison.

Suite à la loi du 8 décembre 92 sur la protection de la vie privée, vos données personnelles seront enregistrées dans notre fichier (FMWB, chaussée de Louvain 550/7, 1030 Bruxelles) d'administration des membres. Vous disposez d'un droit de consultation, de correction et de suppression.

Fait à

Le/...../.....

Signature du pilote (et d'un parent/Tuteur), précédée de la mention "lu et approuvé"

ASSURANCE PILOTE AXA. Numéro de police : 010.730.450.143

Risques	Décès	Invalité temporaire	Invalité Permanente	Frais médicaux
Garanties	8.500,00 €	30,00 €/jour (**)	35.000,00 €	Différence entre INAMI et intervention de la mutualité (*)
Durée	Pour les enfants de – de 5 ans qui décèdent dans les 2 ans après l'accident, l'assureur paie les frais funéraires (max 8.500,00 €)	Max. 730 jours	Le barème officiel belge est d'application jusqu'à 730 jours après l'accident	Max. 730 jours

(**) Revenu journalier garanti à partir du 31^{ème} jour (en ce compris l'intervention éventuelle de la mutuelle et avec un maximum de 730 jours)

(*) Franchise 25 € par sinistre.

Couverture :- En ce compris le rapatriement lors des journées organisées par la F.P.C.N.A. et 24h24 sauf participation à des épreuves non reconnues par la FMWB.

- En ce compris le rapatriement lors des entraînements sur circuits reconnus y compris ceux situés en Europe.
- Lors des journées organisées par d'autres fédérations (MCLB – VJMO – VMCF) non reconnues par la F.M.W.B., sous réserve d'une autorisation écrite accordée par la FPCNA et transmise à la FMWB au plus tard le vendredi midi précédent une épreuve du week-end.
- Lors des épreuves MX de la FMB sauf pour les 50 cc, 65 cc, 85 cc et Espoirs qui n'ont pas souscrits.
- RC circulation sur circuits reconnus en Belgique, France et Hollande, sauf pour les 50cc, 65cc, 85cc et Espoir qui n'ont pas souscrits.

CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE

Je soussigné _____

Docteur en médecine à _____

Déclare par la présente avoir examiné d'après les modalités établies par le Collège Médical de la F.M.W.B.
(voir formulaire de l'examen médico sportif annexé) :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

_____ N° _____ Boite _____

Code Postal _____ Localité _____

Et reconnais que cette personne est apte / n'est pas apte (**) à pratiquer le sport motocycliste.

Je déclare par la présente que celui-ci ne présente aucun défaut physique susceptible de le gêner ou de présenter un danger pour autrui, dans l'exercice de son sport.

Les coureurs souffrant d'un état pathologique avéré nécessitant l'usage d'une substance ou d'une méthode interdites doivent d'abord obtenir une autorisation d'usage à des fins thérapeutique (« AUT ») (voir www.dopage.be ou au secrétariat de la FMWB).

Cochez ici si vous joignez une AUT à cette demande.

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signature et cachet

(**) Biffer la mention inutile

Coordonnées du bénéficiaire en cas de décès

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse _____ N° _____ bte _____

C. postal : _____ Commune : _____



Date de l'examen :

Nom et prénom:

Lieu et date de naissance:

Profession:

Adresse:

Club:..... Catégorie :.....

Type de sport moto : cross – supermoto – courses sur route – rallye - speedway

Médecin de famille:

Groupe Sanguin: Facteur Rhésus.....

Vaccin antitétanique – date dernier rappel:

Sérothérapie - type: Date:

Allergies:

Lunette: Lentilles de contact:.....

ANAMNESE

Antécédents familiaux: épilepsie - diabète - hypertension - cœur - autres:

Antécédents personnels : épilepsie - diabète - troubles de position - maladie de croissance – tabac – alcool - autres maladies:

Traumatismes :

Opérations:

Degré d'invalidité et localisation:

Examens antérieurs et inaptitudes : école – service militaire – assurance vie

Maladies ou accident durant la saison en cours avec ou sans blocage de la licence.....

ANAMNESE SPORTIVE

Début de la pratique de la moto:

Fréquence de l'entraînement moto:

Autres sports pratiqués:

Blocage de licence ou inaptitude sportive:

Je déclare que je n'utilise pas de produits figurants sur la liste anti doping

Signature du pilote ou d'un parent en cas de minorité, déclarant que ses réponses ne sont pas contraires à la vérité.

Age:

Taille: cm. Poids:kg Pourcentage de graisse:

EXAMEN CLINIQUE

SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE

TA:..... Rythme:Bruits:

Artères:Veines:

Divers:

SYSTEME RESPIRATOIRE

Auscultation

Capacité vitale: Spirométrie :

VISION - AUDITION

Acuité visuelle binoculaire: Après correction:

Champs visuel:

Vision des couleurs:

Acuité auditive: Otoscopie:

SYSTEME LOCOMOTEUR

Souplesse: Test de Schöber:

Test doigts-sol :

Test musculaire : M.S:

M.I.:

Rachis:

Articulations: Epauls:

Poignets:.....

Genoux:

Chevilles:.....

Autres:

SYSTEME NERVEUX

Test d'équilibre:.....

Coordination:.....

SYSTEME DIGESTIF: Caries:..... position dentaire:

Hernie: Autre :.....

SYSTEME ENDOCRIN & UROGENITAL

Urines : protéines: sucre:.....

PEAU ET SYSTEME PILEUX

Mycoses : autres:

TEST ERGOMETRIQUE

Type de test ergométrique:.....

(Test de récupération pour les moins de 15 ans)

-	charge:	Pulsations :
0 min:	.....	.....
3 min.:	.....	.....
6 min.:	.....	.....
9 min.:	.....	.....
12 min. :	.....	.....

Récupération: 1 min.: 2 min.: 3 min.:

- ECG repos :

- ECG d'effort :

(ECG facultatif pour les moins de 15 ans)

CONCLUSIONS. Sur base des examens réalisés, le pilote est déclaré :

- Invalidité: Pourcentage:Raison en place:
 - Apte
 - Inapte
 - Temporairement inapte
 - Avis du collège médical
- Cachet du docteur FMWB

Date et signature

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

.....

CONSEILS: