

Formulaire à compléter à toutes les années où l'examen médical, complété par un médecin, ne sera pas requis

Rappel de la visite chez votre médecin :

** Afin d'évaluer le risque qu'elle peut encourir, la FSAQ se réserve le droit d'exiger un examen médical en tout temps **

Circuit routier et Karting	SoloSprint
- Première demande : obligatoire	- 35 ans et moins : Médical volontaire
- 8 à 35 ans : tous les cinq (5) ans	- 36 à 59 ans : tous les deux (2) ans
- 36 à 59 ans : tous les deux (2) ans	- 60 ans et plus : chaque année
- 60 ans et plus : chaque année	

Informations personnelles :

Nom/Prénom :	Âge :
Adresse – Numéro, rue, appartement :	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :
Ville / Province :	Code postal :
Occupation :	Genre : Masculin : <input type="checkbox"/> Féminin : <input type="checkbox"/>

Déclaration médicale volontaire :

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

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

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

Commentaires : _____

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 la FSAQ toute information relative à mon état de santé.

Date (JJ/MM/AAAA) : _____ Signature du candidat : _____

Date (JJ/MM/AAAA) : _____ Signature du tuteur : _____