



# FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE MOTOCYCLISME

11 route Suisse  
CH-1295 MIES  
SUISSE

Tél. +41 (0)22 950 950 0  
Fax +41 (0)22 950 950 1

E-mail: [info@fim.ch](mailto:info@fim.ch)  
[fim@fim.ch](mailto:fim@fim.ch)  
<http://www.fim.ch>

- A toutes les FMN
- Aux CONU
- Aux organisateurs
- Aux Membres du CMI et CER
- Au Conseil de Direction (pour info)

C/080/2006  
CER/AM/cc

Mies, le 3 juillet 2006

## Examen médical obligatoire pour tous les coureurs Rallyes Tout Terrain

Madame, Monsieur,

Suite aux décisions prises lors du Conseil de Direction FIM, nous vous informons, qu'à partir de 2007, **tous les coureurs participant à une manifestation de Championnat du Monde ou Internationale des Rallyes Tout Terrain** doivent passer avec succès, en complément de l'examen médical (voir Annexes A et B du Code Médical), un examen effectué par un médecin-spécialiste du sport. Cet examen comprendra un électrocardiogramme (ECG) de tolérance à l'effort et une échocardiographie.

Un médecin-spécialiste du sport peut être soit :

- a) un cardiologue
- b) un spécialiste en médecine interne
- c) un spécialiste en sports
- d) un médecin-généraliste
- e) ou n'importe quel autre médecin

capable d'effectuer un ECG de tolérance et une échocardiographie.

Le médecin doit confirmer sur le formulaire « examen médical » (voir annexe B du Code Médical) que les deux tests ont été effectués avec des résultats positifs. Si le médecin a des doutes, il peut envoyer les résultats à la FIM. Les médecins du CMI statueront.

En vous priant de bien vouloir en informer vos coureurs, organisateurs et promoteurs concernés, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Céline Caria  
Coordinatrice CER

# ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

(à compléter par le coureur)



ANNEXE A

Données personnelles :

Nom :	Prénom :	Date de naissance	
Adresse :			
Sexe	masculin	féminin	FMN:

Non	Oui	Détails
-----	-----	---------

<input type="checkbox"/>	Perte de connaissance pour une raison quelconque, vertiges ou maux de tête	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--	--------------------------

<input type="checkbox"/>	Problèmes oculaires (excepté lunettes)	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--	--------------------------

<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	Allergie aux médicaments ou substances	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--	--------------------------

<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>
--------------------------	---------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>
--------------------------	----------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	Problèmes de tension artérielle	<input type="checkbox"/>
--------------------------	---------------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	Problèmes gastriques (ulcère, etc.)	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	Problèmes uro-génitaux	<input type="checkbox"/>
--------------------------	------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	Épilepsie ou convulsions	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	Troubles mentaux ou nerveux	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-----------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	Problèmes des bras ou des jambes y compris crampes des muscles ou raideur des articulations	<input type="checkbox"/>
--------------------------	---	--------------------------

<input type="checkbox"/>	Troubles sanguins avec tendance à l'hémorragie	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--	--------------------------

Groupe sanguin

<input type="checkbox"/>	Opérations	<input type="checkbox"/>
--------------------------	------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	Prenez-vous régulièrement des médicaments ou autres substances ?	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--	--------------------------

- Je n'ai pas été interdit(e), pour des raisons médicales, de participer à d'autres sports.
- Je ne prends pas de drogue et je n'abuse pas de l'alcool.
- En cas de blessure, j'autorise le personnel médical à divulguer toute information nécessaire au directeur de course, à mes proches, à mon propre médecin et à la FMN.
- Je déclare que les informations que j'ai données sont la vérité.
- J'autorise que les données du formulaire Examen Médical soient envoyées au médecin de ma FMN.

Date \_\_\_\_\_ Signature du candidat (ou parent ou tuteur responsable, si mineur(e)) \_\_\_\_\_



# EXAMEN MÉDICAL

(A compléter par le médecin)

ANNEXE B

Données personnelles :

Nom :		Prénom :		Date de naissance :		
Adresse :						
Sexe :		masculin	féminin	FMN:		
Normal					Anormal	Détails (si anormal)

<input type="checkbox"/>	*ECG de tolérance à l'effort	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*Echocardiographie	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	Pouls	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Système respiratoire	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	Système central	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	nerveux périphérique	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	Nez-gorge-oreilles, droit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	en particulier l'appareil vestibulo-cochléaire gauche	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	Système bras droit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	locomoteur gauche	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	jambe droite	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	gauche	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	colonne vertébrale	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	Abdomen (hernie)	<input type="checkbox"/>
--------------------------	------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	Urine Albumine	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Glucose	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	Yeux	Vue à distance	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		sans droit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		correction gauche	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		avec droit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		correction gauche	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		vision des couleurs	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		champ visuel	<input type="checkbox"/>

**\* En complément à l'examen médical, un candidat à toute licence en Rallyes Tout Terrain (Championnat du Monde, Prix FIM, manifestations internationales) doit effectuer et passer avec succès un échocardiogramme une fois dans sa vie avant l'émission d'une licence. En complément à cet échocardiogramme, un électrocardiogramme de tolérance à l'effort devra être effectué et passé avec succès tous les trois ans.**

Je, soussigné(e), certifie que cette personne est médicalement apte à participer à des épreuves motocyclistes.

Je, soussigné(e), certifie que cette personne est médicalement INAPTE à participer à des épreuves motocyclistes.

Je recommande que cette personne soit examinée par un membre du Comité Médical de la FMN ou par un médecin nommé par la FMN.

Date de l'examen

Signature et cachet du médecin