



Fédération Motocycliste Wallonne de Belgique

Asbl affiliée à la FMB
Chaussée de Louvain 550/7 – 1030 Bruxelles Tél. 02 736 87 07.
E-mail : info@fmwb.be

CERTIFICAT MEDICAL FMWB 2024

Je soussigné

Docteur en **médecine générale** / Docteur en **médecine sportive** à (*) :

Déclare par la présente avoir examiné d'après les modalités établies par le Collège Médical de la F.M.W.B. :

Nom :

Prénom :

Adresse :

..... N° Boîte

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.

Je déclare par la présente lui avoir **fait passer** / **ne pas lui avoir fait passer** (*) les tests d'examen médico-sportif et, le cas échéant, m'engage à **conserver ces données médicales pendant 5 années**.

Les coureurs souffrant d'un état pathologique avéré nécessitant l'usage d'une substance ou d'une méthode interdite doivent d'abord obtenir une autorisation d'usage à des fins thérapeutique (AUT) (voir les sites Internet www.wada-ama.org - www.doping.be ou prendre contact avec le secrétariat).

Cochez ici si vous joignez une "AUT" à cette demande.

Fait à : Le :

Signature et cachet

(*) Biffer la mention inutile

Ce certificat médical est à sauvegarder par le pilote dans l'application "My FMB-BMB" au niveau de l'onglet "mes documents".