

1^{er} RALLYE D'AUTOMNE ENRS

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
LIGUE NOUVELLE-AQUITAINE NORD

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