FEDERATION FRANÇAISE DE MOTOCYCLISME

# CERTIFICAT MÉDICAL

**Tout candidat désirant pratiquer le sport motocycliste doit se soumettre préalablement à une visite médicale complète d'aptitude.**

Il est recommandé aux pratiquants ayant 50 ans et plus d'effectuer un test à l'effort tous les trois ans. Le médecin traitant peut demander cet examen s'il le juge nécessaire à la décision de la non-contre indication à la pratique motocycliste. De plus, pour la première demande de licence de compétition, un bilan ophtalmologique complet est obligatoire. Ce bilan peut être réalisé soit par le médecin traitant soit par un ophtalmologiste. L'acuité visuelle doit être supérieure ou égale à 8/10ème, les deux yeux ouverts simultanément à une distance de 5 mètres ; vision des couleurs permettant la reconnaissance des drapeaux de signalisation ; champ visuel normal (120° horizontal). En cas d'anomalie, un examen chez un spécialiste et l'avis du Comité Médical seront exigés. Certaines affections comme l'épilepsie, le diabète insulino-dépendant, la cécité unilatérale ou touchant l'appareil locomoteur nécessitent l'avis du Comité Médical. L'insuffisance coronarienne, l'hypertension artérielle traitée et persistante, la greffe cardiaque, les troubles graves de coagulation, l'insuffisance rénale chronique dialysée sont des contre-indications absolues. Les effets de substances pharmacologiques pouvant modifier l'attention, la vigilance et le comportement sont soumis à l'appréciation du médecin examinateur. La liste des contre-indications ci-dessus n'est pas exhaustive. Pour certains cas particuliers, la FFM peut délivrer, après avis du Comité Médical, des licences handicap soumises à restriction. Dans ce cas, un certificat médical doit être adressé au Médecin fédéral.

## Encart réservé au Médecin

*(si vous souhaitez un agrément fédéral contactez le Comité Médical de la FFM)*

Je soussigné, Dr ....., Docteur en Médecine, certifie avoir examiné :

Nom du Licencié : .....

Prénom du Licencié : .....

Date de naissance du Licencié : |__.__|__.__|__.__|

Date de l'examen : |__.__|__.__|__.__|

et n'avoir pas constaté à la date de ce jour, de contre-indication clinique à la pratique motocycliste y compris en compétition.

*CACHET et signature du médecin*

Si tel n'est pas le cas, cochez l'une des cases correspondantes ci-après :

❑ Demande l'avis du Comité Médical. *Dans ce cas, adresser un certificat descriptif au médecin fédéral.*

❑ Présente une contre-indication à la pratique motocycliste.