



DEMANDE DE LICENCE COMPETITION
FEDERATION du SPORT AUTOMOBILE de MADAGASCAR .

ANNEE **2 0 1 7**

A REMPLIR LISIBLEMENT EN CARACTERE D'IMPRIMERIE

CREATION	RENOUVELLEMENT	CLUB	N° DE LICENCE
----------	----------------	------	---------------

Nom

Prénoms

Pseudonyme (Un seul pseudo. Valable pour toute l'année)

M
F
SEXE

DATE DE NAISSANCE NATIONALITE N° DE TELEPHONE

AGE Les demandeurs non résidents doivent joindre une autorisation de leur FEDERATION respective

e-mail

Adresse

CODE POSTAL VILLE

N° DE PERMIS DE CONDUIRE

Délivré le à

DEMANDE UNE LICENCE DE :	RALLYE	KARTING	RUN	VIRTUEL		
	ROOKIE	CROSS CAR	SLALOM-COTE			
encadrer le libellé de la licence demandée						TARIF
						ANNUELLE :
						PROVISOIRE :

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)	
Je soussigné(e) _____ <small>indiquer vos nom et prénoms</small>	
agissant en qualité de Père, Mère, Tuteur (rayer la mention inutile)	
autorise mon enfant _____ <small>indiquer vos nom et prénoms</small>	
Fait à _____ Le _____	
Signature obligatoire :	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations indiquées sur cet imprimé, je m'engage à respecter les règlements de la FSAM, et ne pas m'adonner au dopage. Je joint **01 Photo** (création) à ma demande.

Fait à _____ le _____

Cachet CLUB **Signature Président CLUB** **Signature du demandeur**

Conclusion du Médecin Fédéral _____

Date : _____ Signature et cachet du Médecin Fédéral

FICHE MEDICALE

Doit obligatoirement être remplie par le Médecin Fédéral

Nom

Prénom

Date de naissance

Groupe Sanguin

Taille

M
F
SEXE

Poids

Antécédents : _____

Allergies : _____

Bilan cardio-vasculaire: (E. C. G éventuel) T. A au repos: _____

Epreuve d'effort (30 flexions en 45")

Une épreuve maximale est obligatoirement à partir de 45 ans

Pouls au repos: _____ à l'effort: _____ 1 min après: _____

* R. D = _____

* Appareil respiratoire : _____

* Reflexes tendineux : Normaux / Anormaux _____

* Limitations articulaires : lieu, degré OUI / NON _____

* Amputation ou Prothèse : OUI / NON _____

* Amyotrophie : OUI / NON _____

* Etat de l'audition : (Voix chuchoté entendue à 3 mètres) Normal / Anormal

* Etat de la vue:

L'acuité visuelle exigée avec ou sans correction est de 09/10° ou +09/10, une acuité de 10/10° +08/10 est tolérée. En cas d'acuité visuelle inférieure et pour toute anomalie de vision constatée ou signalée, un contrôle ophtalmique est obligatoire. L'aptitude du candidat pourra être reconnue par le Médecin Fédéral au vu des résultats de ce contrôle.

* Acuité visuelle avec / sans correction : O.G: 10 O.D: 10

* Port de lunettes : OUI / NON * Port de lentilles : OUI / NON

* Vision des couleurs : (pas de confusion des drapeaux utilisés en compétitions) :
Normal / Anormal (Rayer la mention inutile)

* Vision nocturne : (Test d'éblouissement) Normal / Anormal

Conclusion du Médecin Fédéral : _____

Date : _____ Signature du Demandeur