



Demande de Licence internationale **2024**



CODE LICENCE :

TARIF LICENCE :

N° LICENCE
(Réservé à l'ACM)

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ LIEU : _____

NATIONALITÉ : _____

ADRESSE : _____

GROUPE SANGUIN : _____ RHESUS : _____

PROFESSION : _____

TEL PORTABLE(S) : _____

E-MAIL (en lettres majuscules) : _____

SI LICENCE DE CATEGORIE « ROUTE »

N° DU PERMIS DE CONDUIRE : _____

Délivré le : _____

Je soussigné(e),

NOM : _____ PRENOM : _____

En tant que demandeur majeur

En tant que titulaire de l'autorité parentale de l'enfant mineur :

NOM : _____ PRENOM : _____

Certifie sur l'honneur l'exactitude des informations indiquées sur cet imprimé.
« J'accepte sans réserve les termes du Règlement de la FIA et reconnais avoir pris connaissance des conditions générales d'assurances. J'ai bien noté qu'il m'appartient de souscrire toute assurance individuelle complémentaire, que je jugerais utile concernant ma personne et mes biens.

Je décharge l'ACM, de toute responsabilité pour tout dommage corporel, matériel ou autre, pouvant survenir à ma personne et/ou à mes biens, et qui ne serait pas indemnisé par l'assurance souscrite par l'ACM.

J'ai bien noté que toute inexactitude ou manquement dans ma déclaration sur mon état de santé, l'usage de stupéfiants, produits dopants ou alcool peut me faire perdre le bénéfice de mes couvertures d'assurance ».

Signature du demandeur

Cachet réservé à l'ACM

EXAMEN MEDICAL :

- Pour toute demande de licence la visite médicale doit obligatoirement avoir lieu au **CENTRE MEDICO SPORTIF**, Stade Louis II, **+377.92.05.41.11**
- A partir de 50 ans : une visite chez un cardiologue doit également être effectuée 1 fois / 3 ans
- A partir de 60 ans : une visite chez un cardiologue doit également être effectuée 1 fois / 2 ans

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN DU CENTRE MEDICO SPORTIF DU STADE LOUIS II

Les indications portées sur cette fiche sont forcément sommaires. Le médecin devra interroger le patient sur ses : antécédents familiaux et personnels / maladies ou infections / prises de médicaments. Le patient devra subir une visite médicale complète et détaillée avec : examen de la vue (visite complémentaire chez un ophtalmologiste si nécessaire) / examen de l'appareil cardio-vasculaire, de l'appareil locomoteur, et du système nerveux.

Incompatibilité avec la pratique du sport automobile : coronarites, hypertension, épilepsie, diabète, infirmités (amputations, prothèses), cécité monoculaire, usage de certains médicaments.

TOUT LITIGE SERA SOUMIS A LA COMMISSION MEDICALE DE L'AUTOMOBILE CLUB DE MONACO.

NOM : _____

Prénom : _____

Poids : _____ **Taille :** _____ **Allergies :** _____

Injection sérum antitétanique : oui non **Date :** _____

Vaccination antitétanique : oui non **Date :** _____

Appareil Respiratoire : _____

Appareil Locomoteur : _____

Système nerveux : _____

DANS TOUS LES CAS EFFECTUER UNE PRISE DE TENSION ARTERIELLE

<u>APPAREIL CIRCULATOIRE</u>	Au repos	A l'effort	Temps de retour à la normale
TA			
POULS			

<u>APPAREIL VISUEL</u>	OD	OG	Observations
Acuité sans Correction			
En 1/10			
Acuité après correction			

Verres de Contact ou lunettes : oui non

Observations : _____

Vision nocturne : normale anormale
Vision des couleurs : normale anormale
Vision binoculaire : normale anormale
Champ Visuel : normal anormal

Fait à Monaco, le : _____ / _____ / _____

APTE AU SPORT AUTOMOBILE : OUI NON

	<u>DATE E.C.G.</u> (électrocardiogramme)	<u>DATE E.T.T.</u> (test de tolérance à l'effort)	<u>DATE Visite chez un cardiologue</u>
MOINS DE 50 ANS	____ / ____ / ____ (moins de 3 ans)		
DE 50 A 59 ANS	____ / ____ / ____ (moins de 3 ans)		____ / ____ / ____ (moins de 3 ans)
A PARTIR DE 60 ANS	____ / ____ / ____ (moins d' 1 an)	____ / ____ / ____ (moins de 2 ans)	____ / ____ / ____ (moins de 2 ans)

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN :