

F. P. C. N. A.

Association Sans But Lucratif Fédération Promo Cross National Amateur

Numéro d'entreprise : 424288292

affilié à la Federation Motocycliste Wallonne de Belgique

⊠: Rue Grande Ruelle, 15 ☎: 081/51.18.23

5310 Eghezée 3: +32 475.23.73.27

Compte bancaire: BE59 3500 1068 0126 Site: www.fpcna.be-Email: asbl.fpcna@gmail.com



DEMANDE DE LICENCE 2025

Nom :		Prénom :	
Adresse			э
C. postal :	Commune	e:	
Tél.:		Fax:	
Date naissance :	// // L	Lieu:	
Nationalité		Sexe: M F	
Adresse E-Mail:			
Type de licence : 50 cc	☐ 65 cc ☐ 85 cc ☐ Espo Masters ☐ Experts ☐	ooirs □ Juniors □ Nationaux □ Seniors Elites □	
Moto : Marque :		Cylindrée :	cctps
N° de transpondeur :	N° de course	e souhaité : 1er choix :2e choix :	3º choix :
	-	oindre une photocopie recto\verso de la ca éception du paiement et documents compl	
Le prix de la licenc	e comprend toujours l'as	ssurance obligatoire, l'assurance res ais médicaux à l'étranger et rapatrier	ponsabilité
· ·	RESERVE AUX SER	RVICES DE LA F.P.C.N.A.	
<u>Fiche Médicale</u>	_: Oui □ Non		
Palement: I	Réf : Date :	1 1 202	
Catégorie	Cylindrée	Numéro de départ	
	mama		

Je prends l'engagement de respecter le règlement Général de la Fédération Promo Cross National Amateur.

Je renonce formellement à me pourvoir en justice contre la F.P.C.N.A., la F.M.W.B. et tous les organisateurs d'une épreuve sportive, à titre personnel ou comme civilement responsable. Je renonce formellement, pour moi et mes ayant droits, à réclamer une indemnité quelconque au pilote qui, en course ou au cours des entraînements officiels, m'aurait causé un dommage, si important soit-il.

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions du décret de la Communauté Française du 20 octobre 2011 interdisant le dopage, et, en conséquence, je m'engage sur l'honneur à ne pas m'adonner à la pratique du dopage et à me conformer strictement aux stipulations du décret précité qui concerne également le personnel d'encadrement du sportif. La liste des produits interdits est disponible sur www.dopage.be. 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 thérapeutiques (« AUT ») (voir secrétariat FMWB). Les dossiers disciplinaires sont traités pour la FMWB par la Commission Interfédérale Disciplinaire en matière de Dopage.

Je déclare informer le Collège Médical de la FMWB de toute blessure grave ou maladie grave survenant dans le cours de cette saison.

Le soussigné reconnaît l'importance des règles pour la conservation de la nature et exercera son sport en respectant l'environnement.

Suite à la loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée, vos données personnelles seront enregistrées dans notre fichier d'administration des membres. Vous disposez d'un droit de consultation, de correction et de suppression.

Fait à	Signature, précédée de la mention lu et approuvé
Le	
En cas de minorité, autorisation des parents ou tuteu	ırs (1) légalisée par l'Administration Communale
Je soussigné,	
Nom:	Prénom : L L L L L L L L L L L L L L L L L L
Autorise le mineur domicilié chez moi:	
Nom:	Prénom :
A pratiquer le sport motocycliste.	
F (1)	Olivia di una mana alla 16 mal
Fait à	Signature du responsable légal
Le/ 202	

Signature et cachet de l'Administration communale

(1) Biffer les mentions inutiles





CADRES RESERVES AUX SERVICES DE LA FMWB

Paiement reçu le	Référence :	
1.07.11€	Signature validée	
	Certificat médical	

Il est de la responsabilité de la FPCNA de fournir à la FMWB un document complet (dûment signé et document médical) au plus vite.

Fédération Motocycliste Wallonne de Belgique Chaussée de Louvain 550/7 – 1030 Bruxelles

Tél: 02/736.87.07 Fax: 02/732.14.88 Email: info@fmwb.be

161. 02/730.07.07 Tax: 02/732.14.00 Email: mio@imws.50		
DEMANDE D'ASSURANCE FPCNA - FMWB 2025		
50 cc : ☐ Autres catégories : ☐ (*) Mentions qui doivent obligatoirement être complétées afin que la demande de licence soit traitée. Les demandes de licences incomplètes seront renvoyées à la FPCNA et traitées ultérieurement.		
Nom		
Adresse N° bte		
C. postal Commune		
Tél. [
Date naissance / / Lieu		
Nationalité Sexe : M F		
Adresse E-Mail:		
Je renonce formellement à me pourvoir en justice contre la FMWB et tous les organisateurs d'une épreuve sportive, à titre personnel ou comme civilement responsable. Je renonce formellement, pour moi et mes ayant droits, à réclamer une indemnité quelconque au pilote qui, en course ou au cours des entraînements officiels, m'aurait causé un dommage, si important soit-il. Je déclare avoir pris connaissance des dispositions du décret du 20/10/11 interdisant le dopage, et, en conséquence, je m'engage sur l'honneur à ne pas m'adonner à la pratique du dopage et à me conformer strictement aux stipulations du décret précité. La liste des produits interdits est disponible sur www.dopage.be. Les dossiers disciplinaires sont traités pour la FMWB par la Commission Interfédrale Disciplinaire en matière de Dopage. Je déclare informer le Collège Médical de la FMWB de toute blessure grave ou maladie grave survenant dans le cours de cette saison. Suite à la loi du 8 décembre 92 sur la protection de la vie privée, vos données personnelles seront enregistrées dans notre fichier (FMWB, chaussée de Louvain 550/7, 1030 Bruxelles) d'administration des membres. Vous disposez d'un droit de consultation, de correction et de suppression.		
Fait à		
Le/		
ASSURANCE PILOTE AXA. Numéro de police : 010.730.450.143		

Risques	Décès	Invalidité temporaire	Invalidité Permanente	Frais médicaux
Garanties	8.500,00 €	30,00 €/jour (**)	35.000,00 €	Différence entre INAMI et intervention de la mutualité (*)
Durée	Pour les enfants de – de 5 ans qui décèdent dans les 2 ans après l'accident, l'assureur paie les frais funéraires (max 8,500,00 €)	Max. 730 jours	Le barème officiel belge est d'application jusqu'à 730 jours après l'accident	Max. 730 jours

(**) Revenu journalier garanti à partir du 31^{ème} jour (en ce compris l'intervention éventuelle de la mutuelle et avec un maximum de 730 jours) (**) Franchise 25 € par sinistre.

Couverture :- En ce compris le rapatriement lors des journées organisées par la F.P.C.N.A. et 24h24 sauf participation à des épreuves non reconnues par la FMWB.

- En ce compris le rapatriement lors des entraînements sur circuits reconnus y compris ceux situés en Europe.
- Lors des journées organisées par d'autres fédérations (MCLB VJMO VMCF) non reconnues par la F.M.W.B., sous réserve d'une autorisation écrite accordée par la FPCNA et transmise à la FMWB au plus tard le vendredi midi précédent une épreuve du week-end.
- Lors des épreuves MX de la FMB excepté les 50 cc.
- RC circulation sur circuits reconnus en Belgique, France et Hollande.



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 2025

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:
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.dopage.be ou prendre contact avec le secrétariat).
O Cochez ici si vous joignez une "AUT" à cettedemande.
Fait à:Le:Le:
Signature et cachet
(*) Biffer la mention inutile
Coordonnées du bénéficiaire en cas de décès
lom : Prénom :
Adresse bte
C. postal : Commune :



FMWB COMITE MEDICAL FICHE D'EXAMEN MEDICO-SPORTIF



Date de l'examen :
Nom et prénom:
Lieu et date de naissance:
Profession:
Adresse:
Club:Catégorie:
Type de sport moto : cross – supermoto – courses sur route – rallye - speedway
Médecin de famille:
Groupe Sanguin: Facteur Rhésus.
Vaccin antitétanique – date dernier rappel:
Sérothérapie - type: Date:
Allergies:
Lunette: Lentilles de contact:
ANAMNESE Antécédents familiaux: épilepsie - diabète - hypertension - cœur - autres: Antécédents personnels : épilepsie - diabète - troubles de position - maladie de
croissance - tabac - alcool - autres maladies:
Traumatismes:
Opérations:
Degré d'invalidité et localisation:
Examens antérieurs et inaptitudes : école – service militaire – assurance vie
Maladies ou accident durant la saison en cours avec ou sans blocage de la
licence
ANAMNESE SPORTIVE
Début de la pratique de la moto:
Fréquence de l'entraînement moto:
Autres sports pratiqués:
Blocage de licence ou inaptitude sportive:
Je déclare que je n'utilise pas de produits figurants sur la liste anti doping
Signature du pilote ou d'un parent en cas de minorité, déclarant que ses réponses
ne sont pas contraires à la vérité.
Age:
Taille:kg Pourcentage de graisse:
EXAMEN CLINIQUE
SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE
TA:
Artères: Veines:
Divers:
SYSTEME RESPIRATOIRE
Auscultation
Capacité vitale: Spirométrie :

<u>VISION - AUDITION</u>		
Acuité visuelle binoculaire:		
Champs visuel:		
Vision des couleurs:		
Acuité auditive:	. Otoscopie:	
SYSTEME LOCOMOTEUR		
Souplesse: Test de Schöber:		
Test doigts-sol:		
Test musculaire : M.S:		
M.I.:		
Rachis:		
Articulations: Epaule	S:	
Poigne	ets:	
VOTE:	x:	
	les:	
Autres:		
Autres:		
SYSTEME NERVEUX		
Test d'équilibre:		
Coordination:		
SYSTEME DIGESTIF: Caries:		
	Autre :	
SYSTEME ENDOCRIN & UROGE		
Urines : protéi	nes: sucre:	
PEAU ET SYSTEME PILEUX:		
Mycoses :	autres:	
TEST EDCOMETRIQUE		
TEST ERGOMETRIQUE		
Type de test ergométrique:		
(Test de récupération pour les moins de		
- charge:	Pulsations:	
0 min:		
3 min.:		
6 min.:	*********	
9 min.:	****	
12 min.:	31111111	
Récupération: 1 min.: 2 min.	: 3 min.:	
- ECG repos :		
- ECG d'effort :		
(ECG facultatif pour les moins de 15 a		
(ECG facultatif pour les mons de 13 a	113)	
CONCLUSIONS. Sur base des exar		
☐ Invalidité: Pourcentage: .	Raison en place:	
☐ Apte		
☐ Inapte		
☐ Temporairement inapte		
☐ Avis du collège médical		
Cachet du docteur FMWB		
Caolici da doctour Fili Vi		
Date et signature		
EXAMENS COMPLEMENTAIRES	<u>s</u>	
CONSEILS:		
CONSEILS:		

Ce document ne peut pas être remis au sportif examiné mais doit être conservé par le médecin pendant 5 ans.