



Questionnaire pour pilote auto en situation de handicap

Informations à destination de l'équipe médicale du circuit des 24h du Mans
à renvoyer : medical.admin@lemans.org

NOM :

Prénom :

Date :

Catégorie /Groupe :

- Quelle est la nature du handicap ? (Par ex-amputation, paraplégie, malformation)

- Quelle est la localisation ? (Membre (s) atteint (s) et latéralité)

- Capacité à se relever seul ?

Non ☐

Oui ☐

- Est-il possible de sortir seul du véhicule ?

Non ☐

Oui ☐

- Avez-vous des allergies ?

Non ☐

Oui ☐

Si oui, laquelle(s) ?

- Lieu de préférence pour la perfusion sur vous ?

* Médecin traitant :

* Traitement habituel ?

Je, soussigné(e), atteste avoir pris connaissance du fait que ce document est valable pour la saison en cours sur le circuit du Mans. Je m'engage à me signaler à chaque participation lors d'une journée de roulage et à informer le service médical en cas de changement de situation.