

VEUILLEZ REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ET L'APPORTER A L'EXAMEN MEDICAL S.V.P.

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : ...../...../..... Registre national : .....

Catégories de permis de conduire :

AM A1 A2 A B B+E C C+E C1 C1+E D D+E D1 D1+E G

Je suis propriétaire d'une sélection médicale :  OUI  NON

période de validité jusqu'au : .....

Veillez joindre une copie du sélection médicale.

Questionnaire, remplir pas le candidat (cochez la réponse valable)	OUI	NON
1. Avez-vous déjà eu une lésion ou une affection cérébrale, crânienne ou du système nerveux central ou au niveau de la colonne vertébrale ou des membres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Souffrez-vous d'une affection pouvant entraîner une diminution de la conscience, une perte de conscience soudaine ou un dysfonctionnement soudain de votre comportement habituel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà été dans le coma ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous des troubles de perception, d'attention, de concentration, de capacité de jugement, de vitesse de réaction ou du comportement, d'orientation spatio-temporelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous ou avez-vous eu par le passé une affection mentale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Etes-vous atteint d'épilepsie ou avez-vous eu par le passé une ou plusieurs crises d'épilepsie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Etes-vous anormalement fatigué pendant la journée ou souffrez-vous, à votre connaissance, d'une maladie qui provoque des troubles du sommeil ou qui entraîne une somnolence excessive en journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Souffrez-vous d'une affection qui se traduit par une diminution de la force musculaire, une mobilité réduite au niveau des articulations, une absence ou une paralysie totale ou partielle d'un ou de plusieurs membres, d'un trouble sensoriel, d'un trouble de l'équilibre ou de la coordination ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie cardiaque (par ex. infarctus, arythmie...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Etes-vous porteur d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Etes-vous atteint de diabète sucré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Avez-vous des troubles de l'équilibre, des pertes soudaines de l'équilibre ou des vertiges ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Souffrez-vous d'une affection oculaire ou êtes-vous/avez-vous été traité pour une telle affection ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact pour voir de loin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Votre champ visuel est-il atteint ou y a-t-il des zones, dans votre champ visuel, où votre vision est réduite ou inexistante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Votre vision au crépuscule ou dans l'obscurité est-elle réduite ou inexistante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Eprouvez-vous d'autres problèmes liés à la vue (par ex. reconnaissance, distinction ou traitement d'informations visuelles, évaluation des distances, de la profondeur...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Consommez-vous ou avez-vous consommé de la drogue, des narcotiques ou des stimulants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Votre consommation d'alcool est-elle excessive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. A votre connaissance, souffrez-vous d'une affection rénale ou hépatique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Avez-vous subi une transplantation d'organe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Vous a-t-on posé un implant ? (Appareil implanté dans l'organisme lors d'une opération)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medicaments:.....  
.....  
.....

**SI vous avez coché une ou plusieurs fois « OUI », veuillez donc joindre une déclaration d'un médecin et/ou un rapport médical pour chaque « OUI » coché.**

**Veillez envoyer le certificat médical et les documents à l'adresse suivante :**  
[Fit.to.Pilot@Vias.be](mailto:Fit.to.Pilot@Vias.be)

Cette déclaration médicale est conservée et utilisée par l'institut Vias, Chaussée de Haecht 1405, 1130 Bruxelles (« institut Vias ») dans le cadre de l'organisation et de l'exécution de l'assessment Fit-to-Pilot. L'institut Vias traite cette déclaration médicale en tant que responsable du traitement des données. Le traitement de ladite déclaration médicale repose sur votre consentement.

Cette déclaration médicale est uniquement partagée avec le médecin en charge de l'examen médical et elle est conservée et traitée dans des systèmes IT au sein de l'Union européenne.

Dans les conditions prévues par le RGPD, vous avez le droit de consulter, de rectifier, de supprimer, de limiter le traitement, de vous opposer et de transférer vos données personnelles. Vous avez aussi le droit de retirer votre consentement à tout moment, étant entendu que l'assessment Fit-to-Pilot ne peut être réalisé si vous retirez votre consentement avant que l'assessment n'ait eu lieu. Pour exercer vos droits, vous pouvez contacter l'institut Vias en envoyant un mail à [dpo@vias.be](mailto:dpo@vias.be). Vous trouverez plus d'informations sur les traitements des données par l'institut Vias sur [www.vias.be](http://www.vias.be).

Je, soussigné, déclare avoir complété, en toute honnêteté, le précédent questionnaire et consens à ce que cette déclaration médicale soit utilisée dans le cadre de l'assessment Fit-to-Pilot tel que décrit ci-dessous.

Date : ...../...../.....

Signature : .....