

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| NOM <i>Name</i>  |   |   |   |
| Prénom <i>First name</i>   |   | Date naissance <i>Birthdate</i>   |   |
| N° tel <i>Phone n°</i>   |   | e-mail  |   |
| Nom du bateau <i>Name of the boat</i>  |   | N° licence <i>Licence n°</i>  |   |
| Assurance-Assistance <i>Insurance-Assistance Cies</i>  |   |   |   |
| Qui contacter ? <i>Persons to contact</i>  |   | Lien <i>relationship</i>  |   |
| N° tel <i>Phone n°</i>   |   | e-mail  |   |
| Autre ? <i>other to contact</i>  |   | Lien <i>relationship</i>  |   |
| N° tel <i>Phone n°</i>   |   | e-mail  |   |
| Médecin traitant <i>General Practitioner</i>   |   |   |   |
| N° tel <i>Phone n°</i>   |   | e-mail  |   |
| Autre référent méd. <i>Other medic referent</i>  |   | Spécialité  |   |
| N° tel <i>Phone n°</i>   |   | e-mail  |   |
| Stage ISAF, <i>ISAF training courses Where ?</i>   |   | Date  |   |
| Stage Médical, où ? <i>Medical qualif. Where ?</i>   |   | Date  |   |
| Taille <i>height</i>   | Poids <i>weight</i>                               | Groupe Sanguin <i>Blood group</i>   |   |
| Bilans médicaux <i>Medical Checks : (ajouter tout document complémentaire utile - Add any useful complementary document)</i>     |   |   |   |
| Cardio-vasculaire <i>Cardio-vascular</i><br>Date =   | Comment =   | Echocardiographie<br>e<br>Echocardiography  | Date =<br>Joindre résultats (Enclose the results) |
| ECG / <i>ECG.</i><br>Date =  | Date =<br>Joindre résultats (Enclose the results) | Doppler TSA<br>Doppler SAT  | Date =<br>Joindre résultats (Enclose the results) |
| Test d'effort /<br>Cardiostresstest<br>Date =  | Comment =   | Copie des résultats à joindre au dossier<br>(Enclose a copy of the results to the file) |   |
| Biologique, <i>biological</i><br>Date =  | Comment. =  | Copie des résultats à joindre au dossier<br>(Enclose a copy of the results to the file) |   |
| Dentaire, <i>dental</i>  | Date =  | Comment =   |   |
| Visuel, <i>visual</i><br>Date =  | Oeil D <i>Right eye:</i><br>/10                   | Lunettes <i>Glasses ?</i> <input type="checkbox"/>                                      | Comment :   |
|  | Oeil G <i>Left eye:</i><br>/10                    | Lentilles <i>Lenses ?</i> <input type="checkbox"/>                                      |   |
| O.R.L. <i>ORL</i>  | Date =  | Comment =   |   |
| Physique, <i>Physical</i>  | Date =  | Comment =   |   |
| Autres <i>Others</i>   | Date =  | Comment =   |   |
| Antécédents médicaux <i>Medical history (ajouter tout document complémentaire utile - Add any useful complementary document)</i> |   |   |   |
| Allergies <i>Allergies</i>   |   |   |   |
| Neurologie <i>Neurological illnesses</i>   |   |   |   |

|  |        |             |  |
|--|--------|-------------|--|
| Autres maladies <i>Other illnesses</i>   |        |             |  |
| Mal. tropicales <i>Tropical illnesses</i>  |        |             |  |
| Gynéco <i>Gynecology</i>   |        |             |  |
| Antécédents chirurgicaux, <i>Surgical history : (ajouter tout document complémentaire utile - Add any useful complementary document)</i> |        |             |  |
| Suite à accident <i>After an accident</i>  | Date = | Comment =   |  |
| Suite à maladie <i>After an illness</i>  | Date = | Comment =   |  |
| Autres <i>Others</i>   | Date = | Comment =   |  |
| Appendice enlevé <i>Appendix removed</i> <input type="checkbox"/>  | Date = | Comment =   |  |
| Vaccinations, <i>vaccinations : (ajouter tout document complémentaire utile - Add any useful complementary document)</i>                 |        |             |  |
| Vaccins valides :<br><i>Valid vaccines</i>   |        |             |  |
| Vaccins non valides :<br><i>No valid vaccines</i>  |        |             |  |
| Traitement en cours ou possible selon pathologies <i>Current or possible treatment according to the pathologies :</i>                    |        |             |  |
| Medic =  |        | Posologie = |  |
| Medic =  |        | Posologie = |  |
| Medic =  |        | Posologie = |  |

|  |                     |
|--|---------------------|
| Engagement du médecin <i>Doctor obligation :</i>   |                     |
| « Je certifie la non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives en compétition »<br>"I confirm that there is no known medical reason to prevent the person concerned taking part in competitive physical and sporting activities" <input type="checkbox"/>   |                     |
| « Je certifie la non contre-indication à participer aux compétitions à la voile en haute-mer en solitaire »<br>"I confirm that there is no known medical reason to prevent the person concerned taking part in single handed offshore sailing races" <input type="checkbox"/>  |                     |
| Date et signature <i>Date and sign</i>   | Cachet <i>Stamp</i> |
| Engagement du coureur <i>Skipper obligation :</i>  |                     |
| Je reconnais avoir pris connaissance : (1) des questions ci-dessus et y avoir répondu sans rien omettre et avec exactitude (2) du contenu de la liste pharmacie recommandée pour constituer la pharmacie de bord. <i>I confirm having taken knowledge: (1) questions above, I certify that my answers are complete and right (2) contents of the pharmacy list recommended for the medical kit on board.</i> |                     |
| Date et signature <i>Date and sign</i>   |                     |

Extraits règlement médical Fédéral site <http://www.ffvoile.net/ffv/web/services/medical.asp?smenu=5>

Nota : En cas de doute sur l'aptitude à participer, le médecin référent se réserve la possibilité de diligenter une expertise médicale afin de s'assurer de la compatibilité des affections répertoriées ou constatées avant ou pendant l'épreuve en relation avec les contraintes inhérentes à la compétition concernée.

In case of doubt about the aptitude to be taken part, the referring physician reserves the possibility of requiring a medical expertise in order to ensure itself of the compatibility of the diseases indexed or noted before or during the race with regard to the inherent constraints in the concerned competition.

**Article 8 (extraits):** L'obtention du certificat médical de non contre-indication à la pratique de la voile et notamment de la voile en compétition est la conclusion d'un examen médical qui peut être réalisé par tout médecin titulaire du Doctorat d'Etat, et inscrit à l'ordre des médecins. La Commission Médicale Nationale de la FFVoile - rappelle que l'examen médical permettant de délivrer ce certificat :engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat, seul juge de la nécessité d'éventuels examens complémentaires et seul responsable de l'obligation de moyens (...) - précise que le contenu de l'examen doit tenir compte de l'âge et du niveau du compétiteur - conseille de tenir compte des pathologies dites de « croissance » et des pathologies antérieures, de consulter le carnet de santé, de vérifier plus précisément au niveau de l'appareil locomoteur : rachis, ceintures, genoux, pieds, en s'aidant si nécessaire de radiographies - insiste sur les contre-indications à la pratique de la Voile toute pathologie susceptible de s'aggraver au cours de l'activité sportive et/ou de compromettre la sécurité. En cas de doute, contacter la Commission Médicale - préconise une mise à jour des vaccinations, un bilan dentaire annuel, une épreuve cardio-vasculaire d'effort, une surveillance biologique élémentaire à partir de 40 ans, un examen ORL et visuel (...).

**Courses au large :** Les conditions d'aptitudes physiques et médicales pour participer aux épreuves habitables en solitaire et en double devant respecter les RSO catégories 0 et 1 avec l'établissement d'un dossier médical comprenant obligatoirement le compte-rendu : d'une épreuve d'effort maximale datant de moins de 4 ans ; d'une échocardiographie cardiaque ; d'un bilan biologique datant de moins de 2 ans et comprenant au minimum NFS, ionogramme, urée, créatinine, bilan hépatique, glycémie à jeun. Obligatoirement ce questionnaire médical dûment daté et signé par le coureur et son médecin traitant. A la demande du médecin référent, des examens complémentaires peuvent être rendus obligatoires. Ils sont définis dans l'Avis de Course. Ce dossier sera envoyé au médecin « référent » de la compétition. Pour les RSO de catégorie 2 les résultats d'une épreuve d'effort datant de moins de 4 ans et les résultats d'une échographie cardiaque sont facultatifs mais recommandés. Pour toutes les autres courses en haute mer, de réaliser un bilan médical de l'intéressé le plus complet possible, en relation avec la ou les compétitions envisagées.

*Nota : En cas de doute sur l'aptitude à participer, le médecin référent se réserve la possibilité de diligenter une expertise médicale afin de s'assurer de la compatibilité des affections répertoriées ou constatées avant ou pendant l'épreuve en relation avec les contraintes inhérentes à la compétition concernée.*

*In case of doubt about the aptitude to be taken part, the referring physician reserves the possibility of requiring a medical expertise in order to ensure itself of the compatibility of the diseases indexed or noted before or during the race with regard to the inherent constraints in the concerned competition.*