

NOM Name			
Prénom First name		Date naissance Birthdate	
N° tel Phone n°		e-mail	
Nom du bateau Name of the boat		N° licence Licence n°	
Assurance-Assistance Insurance-Assistance Cies			
Qui contacter ? Persons to contact		Lien relationship	
N° tel Phone n°		e-mail	
Autre ? other to contact		Lien relationship	
N° tel Phone n°		e-mail	
Médecin traitant General Practitioner			
N° tel Phone n°		e-mail	
Autre référent méd. Other medic referent		Spécialité	
N° tel Phone n°		e-mail	

Stage WS, WS training courses Where ?		Date	
Stage Médical (PSMer ou équivalent, où ? Medical qualif. Where ?		Date	
Taille height		Poids weight	
		Groupe Sanguin Blood group	

Bilans médicaux Medical Checks : (ajouter tout document complémentaire utile - Add any useful complementary document)			
Cardio-vasculaire <i>Cardio-vascular</i>	ECG / ECG Date =	Echocardiographie <i>Echocardiography</i>	Date = Joindre résultats (Enclose the results)
Epreuve d'effort <i>Cardiostresstest</i>	Date (< 4ans / < 4 years) = Joindre résultats (Enclose the results)		
Biologique <i>Biological</i>	Date (< 2ans / < 2 years) = Joindre résultats (Enclose the results) Avec : NFS, ionogramme, créatinine, bilan hépatique, glycémie à jeun, cholestérol et fractions. <i>With: blood cells counts, ionogram, creatinine level, liver function tests, fasting blood glucose, cholesterol & parts</i>		
Dentaire, dental	Date =	Comment =	
Visuel, visual	Ceil D Right eye: /10	Lunettes Glasses ? <input type="checkbox"/>	Comment =
Date =	Ceil G Left eye: /10	Lentilles Lenses ? <input type="checkbox"/>	
O.R.L., ORL	Date =	Comment =	
Physique, Physical	Date =	Comment =	
Autres Others	Date =	Comment =	

Antécédents médicaux Medical history (ajouter tout document complémentaire utile - Add any useful complementary document)	
Allergies Allergies	
Neurologie Neurological illnesses	
Autres maladies Other illnesses	
Mal. tropicales Tropical illnesses	
Gynéco Gynecology	

Antécédents chirurgicaux, Surgical history : (ajouter tout document complémentaire utile - Add any useful complementary document)		
Suite à accident After an accident	Date =	Comment =
Suite à maladie After an illness	Date =	Comment =
Autres Others	Date =	Comment =
Appendice enlevé Appendix removed	Date =	Comment =

Nota : En cas de doute du médecin référent sur l'aptitude du concurrent à participer à l'épreuve concernée, ce dernier pourra diligenter une expertise médicale selon la procédure définie en annexe 3 du règlement médical fédéral http://www.ffvoile.fr/ffv/web/ffvoile/documents/reglt_medical.pdf
In case of doubt of the referring physician about the aptitude of the competitor to be taken part, the competitor reserves the possibility of requiring a medical expertise as defined in annex 3 of the federal regulations http://www.ffvoile.fr/ffv/web/ffvoile/documents/reglt_medical.pdf

Vaccinations, vaccinations : (ajouter tout document complémentaire utile - Add any useful complementary document)	
Vaccins valides : <i>Valid vaccines</i>	

Gestion du CORONA VIRUS Corona virus Management :				
Avez-vous été infecté par le Corona Virus <i>Have you been infected with the Corona Virus?</i>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Date de l'infection:	Séquelles ? <i>After-effects</i>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si séquelles, description : <i>If after-effects, description:</i>				
Avez-vous été vacciné ? <i>Have you been vaccinated?</i>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Date 1ere inject :	Date 2eme inject :	Nom du vaccin Vaccine name
Date dernier PCR Date of your last PCR		Résultat :		

Traitement en cours ou possible selon pathologies Current or possible treatment according to the pathologies :	
Medic =	Posologie =
Medic =	Posologie =
Medic =	Posologie =

Engagement du médecin Doctor obligation :	
« Je certifie la non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives en compétition » "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 » "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 Date and sign	Cachet Stamp
Engagement du coureur Skipper obligation :	
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 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.	
Date et signature Date and sign	

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

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, créatinine, bilan hépatique, glycémie à jeun, cholestérol et fractions. **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.