

FICHE MÉDICALE CONFIDENTIELLE

NOM Name		KASTER	
Prénom First name	SIMON	Date naissance Birth date	26.08.88
N° tel Phone n°	+478 371 50 85	e-mail	simi.koster@jyx.ch
Nom du bateau Name of the boat	Benque de la gey	N° licence Licence n°	
Assurance-Assistance	Benque de la gey		
Qui contacter? Persons to contact	Anne Margendre	Lien relationship	copine
N° tel Phone n°	0633 4115 28	e-mail	maugendre.ane@gymnol
Autre? other to contact		Lien relationship	
N° tel Phone n°		e-mail	
Médecin traitant General Practitioner	Dr. Dr. Vich		
N° tel Phone n°	02 87 86 60 60	e-mail	
Autre référent méd. Other medic referent		Spécialité	
N° tel Phone n°		e-mail	
Stage WS, WS training courses	Where? Laurent CPFM	Date	
Stage Médical (PSMer ou équivalent, ou ? Medical qualif. Where?)	Laurent CPFM	Date	
Taille height	1.50 cm	Poids weight	78 kg
		Groupe Sanguin Blood group	A +
Biens médicaux Medical Checks : (ajouter tout document complémentaire utile - Add any useful complementary document)			
Cardio-vasculaire Cardio-vascular	ECG / ECG	Echocardiographie	Date = 10.17.12
Epreuve d'effort Cardioresstress test	Date (< 4ans / < 4 years) = 07.10.2021	Echocardiographie	Date = 07.10.2021
Biologique Biological	Date (< 2ans / < 2 years) = 10.2019	Jointre résultats (Embosc the results)	
	Avec : NFS, ionogramme, créatinine, bilan hépatique, glycémie à jeun, cholestérol et fractions With: blood cells counts, ionogram, creatinine level, liver function tests, fasting blood glucose, cholesterol & parts		
Dentaire, dentil Dental, dental	Date = 10.11.20	Comment =	check
Visuel, visual Visual, visual	CEI D'Right eye: /10	Lunettes Glasses?	<input type="checkbox"/>
	CEI G Left eye: /10	Lenilles Lenses?	<input type="checkbox"/>
ORL, ORL	Date =	Comment =	
Physique, Physical	Date = 02.10.21	Comment =	Normal
Autres Others	Date = 01.10.21	Comment =	Normal
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 = 2010	Comment =	operation Mechoire
Suite à maladie After an illness	Date =	Comment =	
Autres Others	Date =	Comment =	
Appendice enlevé Appendix removed	Date =	Comment =	

Note : 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. 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.

(confidential medical form)

Vaccinations, vaccinations : (ajouter tout document complémentaire utile - Add any useful complementary document)			
Vaccins valides: Valid vaccines	Di-TE HEP B		
	ROR		
Gestion du CORONA VIRUS Corona virus Management :			
AVEZ-VOUS ÉTÉ INFECTÉ PAR LE CORONA VIRUS Have you been infected with the Corona Virus?	<input type="checkbox"/> oui / <input checked="" type="checkbox"/> non	Date de l'injection: Date of injection:	Séquelles? After-effects
Séquelles, description: If after-effects, description:			
AVEZ-VOUS ÉTÉ VACCINÉ? Have you been vaccinated?	<input checked="" type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non	Date 1ere inject: Date 1ere inject:	Nom du vaccin Vaccine name
		13.08.21	Cominaty Biontech
Date dernier PCR Date of your last PCR		Résultat: Result:	negative
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 :			
<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> Je certifie la non contre-indication à participer aux compétitions à la voile en bateau en solitaire. François LE PODER. I confirm that there is no known medical reason to prevent the person concerned taking part in single handed offshore sailing races.			
Date et signature Date and sign	07.10.2021	Cachet Stamp	CHAZELLS 56 103 207 910 100
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	07.10.21		

Extraits règlement médical Fédéral site <http://www.fvoile.ch/fr/voile/medecins/medecins.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, chevilles, 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 d'au moins de 4 ans ; d'un électrocardiogramme cardiaque ; d'un bilan biologique d'au 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 concurrent et son médecin traitant. A la demande du médecin référent, des examens complémentaires peuvent être rendus obligatoires. Ils sont définis dans l'Annexe 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 d'au 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.