

NOM Name		HENRY	
Prénom First name	RUPERT	Date naissance Birthdate	13-08-1971
N° tel Phone n°	+61 414 391 111	e-mail	rupertghenry@gmail.com
Nom du bateau Name of the boat	EDRA	N° licence Licencé n°	1504 696 5
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	Spécialité		
N° tel Phone n°	e-mail		
Autre référent méd. Other medic referent	e-mail		
N° tel Phone n°	e-mail		
Stage WS, WS training courses Where ?	Date	Date	
Stage Médical (PSMer ou équivalent, où ? Medical qualif. Where ?			
Taille height	Poids weight	Groupe Sanguin Blood group	
176	75		

Bilans médicaux Medical Checks: (ajouter tout document complémentaire utile - Add any useful complementary document)			
Cardio-vasculaire Cardio-vascular	ECG / ECG	Date =	4/3/22
		Echocardiographie Echocardiography	
Epreuve d'effort Cardioresstest	Date (< 4ans / < 4 years) =	Date (< 2ans / < 2 years) =	
Biologique Biological	Jointure résultats (Enclose the results)		
	Jointre résultats (Enclose 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, dental	Date =	Comment =	
Visuel, visual	O.D Right eye:	Lunettes Glasses ?	<input type="checkbox"/>
	O.G Left eye:	Lenilles 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	NIL	Date =	Comment =
Neurologie Neurological illnesses	NIL	Date =	Comment =
Autres maladies Other illnesses	NIL	Date =	Comment =
Mal. tropicales Tropical illnesses	NIL	Date =	Comment =
Gynéco Gynecology	NIL	Date =	Comment =
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 =	NON
Autres Others	Date =	Comment =	
Appendice enlevé Appendix removed	<input type="checkbox"/>	Date =	Comment =

Note: En cas de doute du médecin référent sur l'aptitude du concurrent à participer à l'épreuve concernée, ce dernier pourra s'adresser au médecin référent de la compétition. 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.

Vaccinations, vaccinations: (ajouter tout document complémentaire utile - Add any useful complementary document)			
Vaccins valides: Valid vaccines			
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'infection: After-effects	<input type="checkbox"/> oui / <input checked="" type="checkbox"/> non
Si séquelles, description: If after-effects, description:	3ème - 20-1-22 MOD.		
Avez-vous été vacciné? Have you been vaccinated?	<input checked="" type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non	Date 1ère inject: Date 2ème inject:	Nom du vaccin Vaccine name
		17-5-21	07-6-22 PFIZER
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:			
<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 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" »			
Date et signature Date and sign	Cachet Stamp: SOUKAI Johan Interne		
13/07/22			
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 complète 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/ffvoile/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 de son 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 cas 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 le 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, 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 habilitées en solitaire et en double devant respecter les RSI 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'Annexe de la 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'imbréssé le plus complet possible, en relation avec la ou les compétitions envisagées.