

Licence Nr.
(will be filled in by FIM/CMI)
(à compléter par la FIM/CMI)

FMN:

Curriculum Vitae

Name/nom:

First name/Prénom:

Date of birth/Date de naissance:

Specialization/Specialisation:

Address/Adresse:

Tel. prof. N°:

Mobile N°.

E- Mail:

Work place/Lieu de travail :

Office/Bureau:

Hospital/Hôpital:

Other/Autre:

I started as doctor in motor sport in: (year)

J'ai commencé à travailler en sport motorisé en :

Activities as doctor in motor sport in the last 3 years:

Activités en tant que médecin en sport motorisé les 3 dernières années :

Event/Manifestation	Function/Fonction	Year/Année

Date:

CMO/CSM Signature:

Return to the FIM Medical Department at/A retourner au Dept. Médical FIM : cmi@fim.ch

**APPLICATION FOR A CMO LICENCE
BULLETIN D'INSCRIPTION POUR UNE LICENCE CSM**

Name/*Nom* :

First name/*Prénom* :

Address/*Adresse* :

Tel prof N°:

Mobile N°:

E-mail :

The undersigned confirms that :
Le soussigné confirme :

- ☐ I am familiar with the FIM MEDICAL & ANTI-DOPING CODE
Je connais le CODE MEDICAL & ANTIDOPAGE FIM
- ☐ I have attended a FIM CMO seminar in _____, date _____
J'ai participé au séminaire CSM à _____, date _____
- ☐ I am experienced at motor sport events and have attended at least two national or continental or international events as a doctor.

Je dispose d'expérience dans les manifestations motorisées et ai assisté à au moins deux manifestations nationales ou continentales ou internationales à titre de médecin.
- ☐ I am familiar with the circuit at which I will be CMO
Je connais le circuit pour lequel je serai le CSM
- ☐ I am experienced in the provision of emergency medical care
J'ai de l'expérience dans les soins médicaux d'urgence
- ☐ I am a fully registered and appropriately qualified medical practitioner
Je suis inscrit à l'ordre des médecins et j'ai l'expérience en tant que praticien
- ☐ I enclose my completed professional and motorsport C.V.
Je joins mon complet C.V. professionnel et celui du sport motocycliste

Date :

Participant Signature
Signature du participant :

Licence N°:

(to be completed by the FIM/CMI)
(à remplir par la FIM/CMI)



APPENDIX/ANNEXE E

CMO/CSM CURRICULUM VITAE

&

APPLICATION FOR A CMO LICENCE BULLETIN D'INSCRIPTION POUR UNE LICENCE CSM

Data Privacy

The CMO expressly consents that such information be collected, processed, disclosed and used for the purposes of the implementation of the FIM Medical Code in accordance with data protection laws.

CMOs shall be entitled to request the FIM to erase, rectify or obtain any Personal Data the FIM holds about them in accordance with the FIM Medical Code by sending a written request to gdpr-medical@fim.ch

Confidentialité des données

Le CSM accepte expressément que ces informations puissent être collectées, traitées, divulguées et utilisées aux fins de la mise en oeuvre du Code Médical FIM conformément aux lois sur la protection des données.

Les CSM sont habilités à demander à la FIM l'effacement, la rectification ou l'obtention de toutes les données personnelles que la FIM détient les concernant conformément au Code Médical FIM en envoyant une demande écrite à gdpr-medical@fim.ch.