



ANNEXE B

FORMULAIRE DU RAPPORT D'EVALUATION MEDICALE

HAUTEMENT CONFIDENTIEL

A compléter par le CSM

A partager strictement uniquement avec:

Représentant Médical FIM - Directeur Médical FIM - Direction de Course

Nom de la manifestation :

Date de la manifestation :

IMN :

Nom du CSM :

Jour = D
Jeudi = 0
Vendredi = 1
Samedi = 2
Dimanche = 3

A.S. = Statistique d'accidents
N = Coureur OK
T = Soigné & sorti
H = Transporté à l'hôpital

						Evaluation		
Jour	Heure	Classe	Nr	NOM DE FAMILLE	A.S.	APTE	INAPTE	A REVOIR

Le CSM, le Représentant Médical FIM, le Directeur Médical FIM et les membres de la Direction de Course sont tenus de veiller à ce que les données personnelles et les données personnelles sensibles qu'ils traitent soient protégées comme l'exigent les lois en vigueur sur la protection des données et de la vie privée en prenant soin d'appliquer toutes les mesures de sécurité nécessaires.

Ces informations ne devront être divulguées à aucune autre personne sauf lorsque cela est strictement nécessaire pour remplir leurs obligations en vertu du Code Médical FIM et conformément à son Art. 09.12.

Signature du CSM :

Date :