



FORMULAIRE DE DECHARGE POUR LE COUREUR

1^{ère} PARTIE (à compléter par le coureur)

Je, soussigné(é), _____ coureur N° _____
 dans la classe _____, déclare me dégager des conseils médicaux
 locaux et suis conscient(e) des conséquences possibles d'une telle action qui m'ont
 été expliquées par le Dr _____

Je confirme avoir accepté conformément aux lois applicables en matière de protection des données que mes informations médicales puissent être collectées, traitées, divulguées et utilisées aux fins de la mise en œuvre du Code Médical FIM par tout Directeur Médical FIM, Médecin FIM, CSM, Délégué Médical FIM, Coordinateur CMI, Représentant Médical FIM et Directeur Médical conformément à l'Art. 09.4.3 du Code Médical.

Je suis habilité à demander l'effacement, la rectification ou l'obtention des données personnelles ou des données personnelles sensibles détenues par la FIM me concernant conformément au Code Médical FIM en envoyant une demande écrite à gdp-medic@fim.ch.

Signé(e) :

Date :

Heure :

2^{ème} PARTIE (A compléter par le Chef du Service Médical -CSM)

Je, soussigné(e), Dr _____, CSM
 au circuit de _____, confirme avoir informé
 le/la coureur(e) des conséquences possibles de sa décharge contre mon avis.
 Au vu des difficultés linguistiques, cette explication a été traduite par un interprète
 (information à supprimer le cas échéant).

Signé(e) :

Date :

Heure :

A : CSM, Coureur, Représentant Médical FIM