



ANNEXE E
Licence N°
(à compléter par la FIM par FIM/CMI)

Curriculum Vitae

Nom :

Prénom:

Date de naissance :

Spécialité :

Adresse:

Tél. pro.:

Tél. privé :

E-mail :

Lieu de travail :

Bureau

Hôpital

Autre

J'ai commencé à travailler en sport motorisé en (année) :

Activités comme médecin en sport motorisé les 3 dernières années :

Manifestation	Fonction	Année

Date:

A retourner au Département Médical FIM à : gdp-medic@fim.ch



ANNEXE E
Licence N°
(à compléter par la FIM par FIM/CMI)

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

Name/*Nom* : First name/*Prénom* :

Address/*Adresse* : No tél. :

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)



ANNEXE E
Licence N°
(à compléter par la FIM par FIM/CMI)

ANNEXE E

CURRICULUM VITAE CSM

&

BULLETIN D'INSCRIPTION POUR UNE LICENCE CSM

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.