

REGLEMENT INTERIEUR DE LA FEDERATION FRANCAISE D'ESCRIME

REGLEMENT MEDICAL FEDERAL

ANNEXE

Annexe 1) Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Turéponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

NOM :	Prénom :	age		
Depuis l'année dernière			OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance desport ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> un effort ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)				
Te sens-tu très fatigué(e) ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui				
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents				
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-ildécédé subitement avant l'âge de 50 ans ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

**ATTESTATION DE SANTÉ POUR
LES MINEURS**

EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUVELLEMENT D'UNE
LICENCE À LA FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ESCRIME

A remettre à l'association

(Ne pas joindre le questionnaire de santé)

Je soussigné M/Mme

Prénom : Nom :

exerçant l'autorité parentale sur

Prénom : Nom :

atteste qu'elle/il a renseigné le questionnaire de santé et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature de la personne exerçant l'autorité parentale

Annexe 2) QS SPORT – CERFA 15699

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

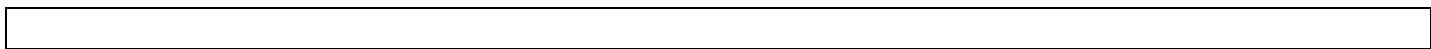
NOM :	Prenom :	Signature :		
Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*			OUI	NON
Durant les 12 derniers mois				
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour				
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>				

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



Annexe 3) Certificat Arbitrage

Certificat médical d'absence de contre-indication a la pratique de l'arbitrage de l'escrime

Je soussigné(e), _____, docteur en
médecine,

Certifie avoir examiné M
Né(e) le
habitant à

Et n'avoir constaté ce jour aucune contre-indication à la pratique de l'arbitrage de l'escrime

Fait le / / à

Signature et cachet du médecin examinateur.

Les arbitres ne pratiquants pas l'escrime, doivent fournir un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique de l'arbitrage uniquement lors de la première prise de licence.

Les années suivantes l'arbitre devra remplir le formulaire QS SPORT cerfa 15699. Un certificat médical sera nécessaire si en présence d'une réponse positive.

Annexe 4) Certificat enseignant

Certificat médical d'aptitude à l'Enseignement de l'escrime

L'escrime, qu'elle soit sportive ou artistique, est un sport d'opposition exigeant ;

Les assauts d'escrime sportive et les duels d'escrime artistique correspondent parfois à des efforts d'intensité maximale (fréquence cardiaque jusqu'à 180 à 200/mn.

Les enseignants d'escrime sont amenés au cours de leur pratique à être en situation d'opposition (leçons individuelles), d'intensité variable selon le niveau de leurs élèves. Des coxarthroses unilatérales de hanche du côté armé ont été souvent décrites chez les maîtres d'armes. Lorsqu'ils sont salariés, ils sont soumis aux obligations de la médecine du travail, en plus de la visite d'absence de contre-indication nécessaire en vue de leur demande de licence sportive.

C'est au médecin d'évaluer les examens complémentaires éventuellement nécessités selon l'âge, la présence de facteurs de risque ; Seul le médecin au cours de son examen est apte à décider de la nécessité de pratiquer des examens complémentaires tels qu'un électrocardiogramme, une épreuve d'effort, une échographie, un bilan biologique etc., en fonction des signes d'alerte et des facteurs de risque. Le nombre minimum de deux facteurs de risque (en sus de l'âge) est habituellement retenu.

Certificat médical d'absence de contre-indication

Je soussigné(e), _____, docteur en médecine,

Certifie avoir examiné M _____,

Né(e) le / /, habitant à _____,

est apte à enseigner et encadrer la pratique de l'escrime.

Fait à le / /

Signature et cachet du médecin examinateur.

Annexe 5) Certificat médical d'absence de contre-indication

Ce certificat est un exemple de certificat médical type, utilisable en dehors des cas suivants (exigeant un formulaire spécifique) :

- Vétérans
- Enseignants d'escrime
- Demande de simple surclassement, demande de double surclassement
- Escrime sur ordonnance

Il devra être conservé par le club.

Le certificat doit être établi par un médecin inscrit au Conseil de l'Ordre.

l'escrime, qu'elle soit sportive ou artistique, est un sport d'opposition exigeant, particulièrement lors de la pratique en compétition ou en spectacle.

Les assauts d'escrime sportive et les duels d'escrime artistique correspondent parfois à des efforts d'intensité maximale (fréquence cardiaque jusqu'à 180 à 200/mn), particulièrement pour celles et ceux qui ont gardé « l'esprit compétition » et n'ont pas toujours conscience de l'évolution de leurs limites physiologiques, ainsi que pour ceux qui reprennent le sport après une interruption.

Il est au médecin consulté d'évaluer les examens complémentaires éventuellement nécessités selon l'âge, la présence de facteurs de risque et le niveau de compétition. Seul le médecin au cours de son examen est apte à décider de la nécessité de pratiquer des examens complémentaires tels qu'un électrocardiogramme, une épreuve d'effort, une échocardiographie, un bilan biologique etc., en fonction des signes d'alerte et des facteurs de risque. Le nombre minimum de deux facteurs de risque (en sus de l'âge) est habituellement retenu.

Certificat médical d'absence de contre-indication

Monsieur/Madame/Mademoiselle _____, docteur en médecine,

certifie avoir examiné _____,

(e) le / /, habitant à _____, et constaté que son état ne présente pas de contre-indication à la pratique de l'escrime en compétition*.

Il est intervenu à _____ le / / Signature et cachet du médecin examinateur.

Préciser la mention « en compétition » si cette pratique n'est pas autorisée.

ATTENTION : si votre patient suit un traitement de fond et fait de la compétition, merci de vérifier que les produits ne font pas partie de la liste des produits dopants www.aflid.fr et dans l'affirmative d'établir un dossier d'AUT (autorisation d'usage à des fins thérapeutiques)

Toute déclaration erronée ou fourniture de faux documents expose à des sanctions et dégage la responsabilité de la FFE. Ces examens ne sont pris en charge ni par la FFE ni par les organismes sociaux.

Annexe 6) Certificat de simple surclassement

L'utilisation de ce formulaire est obligatoire pour toute demande de simple surclassement. **Il devra être conservé par le club.**

Le certificat doit être établi par un médecin inscrit au Conseil de l'Ordre.

L'escrime est un sport d'opposition exigeant, particulièrement lors de la pratique en compétition.

Les assauts d'escrime correspondent parfois à des efforts d'intensité maximale (fréquence cardiaque jusqu'à 180 à 200 / mn).

C'est au médecin d'évaluer les examens complémentaires éventuellement nécessités selon l'âge, la présence de facteurs de risque et le niveau de compétition. Seul le médecin au cours de son examen est apte à décider de la nécessité de pratiquer des examens complémentaires tels qu'un électrocardiogramme, une épreuve d'effort, une échographie, un bilan biologique etc., en fonction des signes d'alerte et des facteurs de risque. Le nombre minimum de deux facteurs de risque (en sus de l'âge) est habituellement retenu.

Il convient d'être vigilant avant d'accorder un surclassement aux plus jeunes sportifs, qui pourraient être confrontés à des tireurs ayant 3 ans de plus qu'eux (dans un sport d'opposition où le développement physique est important).

Certificat médical d'absence de contre-indication et de surclassement (M13 à M20).

Monsieur/Madame/Mademoiselle/Mlle/Mme soussigné(e), _____, docteur en médecine,

certifie avoir examiné M _____,

(e) le / /, habitant à _____, et constaté que son état
présente

aucune contre-indication à la pratique de l'escrime en compétition dans sa catégorie, ainsi que dans la catégorie
immédiatement supérieure à la sienne.

établi à le / /

Signature et cachet du médecin examinateur.

ATTENTION : si votre patient suit un traitement de fond et fait de la compétition, merci de vérifier que les produits ne font pas partie de la liste des produits dopants www.aflid.fr et dans l'affirmative d'établir un dossier d'AUT (autorisation d'usage à des fins thérapeutiques).

Toute déclaration erronée ou fourniture de faux documents expose à des sanctions et dégage la responsabilité de la FFE. Ces examens ne sont pris en charge ni par la FFE ni par les organismes sociaux.

Annexe 7) Certificat de double surclassement

DOSSIER DE DOUBLE SURCLASSEMENT : VOLET ADMINISTRATIF

L'escrime est un sport d'opposition exigeant, qui expose à la confrontation avec des sportifs de gabarit et de développement parfois très différents, particulièrement lors de la pratique en compétition à un niveau supérieur à sa catégorie d'âge.

Le feuillet médical doit être rempli par un médecin agréé FFE ou médecin du sport

Ce feuillet administratif devra être envoyé au Comité Régional :

Pour autorisation du médecin fédéral régional et validation du coupon (tampon)

Pour validation du double surclassement sur le l'extranet de la fédération et conservation (saison sportive)

Une copie de la demande (feuillet administratif) est à transmettre au club (pour info), et à la FFE (par mail à licences@ffescrime.fr), à l'attention du médecin fédéral - pour info.

Autorisation du responsable légal :

Je soussigné(e), M. Mme (père, mère, tuteur) autorise mon fils – ma fille (NOM, Prénom, Club, Catégorie) à pratiquer l'escrime en compétition avec un double surclassement.

Fait le / / à Signature :

Avis du maitre d'armes :

J'estime que le double surclassement de (NOM, Prénom), licencié au club d'escrime de présente un intérêt sportif. Je donne un avis favorable à sa pratique de l'escrime en compétition dans la catégorie arme

Facultatif : Ce surclassement doit être limité à (nombre) compétition(s).

Fait le / / à Nom et signature du maitre d'armes :

Avis du CTS (ou du responsable de l'équipe technique régionale, quand le CR ne dispose pas de CTS) :

J'estime que le double surclassement de (NOM, Prénom), licencié au club d'escrime de présente un intérêt sportif. Je donne un avis favorable à sa pratique de l'escrime en compétition dans la catégorie arme

Facultatif : Ce surclassement doit être limité à (nombre) compétition(s).

Fait le / / à Nom et signature du CTS ou responsable ETR :

Avis du médecin fédéral régional : (après analyse du feuillet médical joint sous pli confidentiel)

Je soussigné(e), Dr Certifie avoir pris connaissance des éléments médicaux requis pour le jeune

..... (NOM, Prénom), né le, et considère que ses caractéristiques de développement physique et psychologique sont compatibles avec un double surclassement en catégorie arme

Facultatif : Ce surclassement doit être limité à (nombre) compétition(s).

Fait le / / à Signature et cachet :

Toute déclaration erronée ou fourniture de faux documents expose à des sanctions et dégage la responsabilité de laFFE. Ces examens ne sont pris en charge ni par la FFE ni par les organismes sociaux.

Formulaire de double surclassement feuillet médical
 (à adresser sous pli confidentiel au Comité Régional, à l'attention du médecin fédéral régional pour autorisation)

L'escrime est un sport d'opposition explosif, qui expose à la confrontation avec des sportifs de gabarit et de développement parfois très différents, particulièrement lors de la pratique en compétition à un niveau supérieur à sa catégorie d'âge.

Examen médical

Je soussigné :, docteur en médecine à, certifie avoir examiné le /..... /

M., Melle. (1) (NOM - prénom), né(e) le / /, et fait les constatations suivantes :

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX (médicaux, chirurgicaux et traumatiques, cardiologiques ...):

..... Poids : kgs Taille : cms **Stade pubertaire** selon TANNER :

EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE :

Présence d'un souffle (2) : Oui Non
 Pouls de repos : / mn TA de repos : /

ECG de repos (obligatoire) : joindre le tracé complet

EXAMEN OSTEO-ARTICULAIRE : (préciser les anomalies morphologiques et / ou fonctionnelles)

Colonne - bassin (2)

Déséquilibre du bassin Raccourcissement d'un membre inférieur (préciser) :

Cyphose dorsale Hyperlordose Scoliose Attitude scoliotique

Autre (préciser) :

Genoux :

Chevilles-Pieds :

Pieds plats Pieds creux Port de semelles (2)

Souplesse : Distance doigts-sol : + / - (1) cm

AUTRES DONNEES MARQUANTES DE L'EXAMEN :

CARACTERISTIQUES PSYCHOLOGIQUES : (préciser les éléments notables)

NUTRITION ET HYGIENE DE VIE : (préciser les éléments notables : appétit, sommeil, exclusions alimentaires, tabac, prise de médicaments, ...)

ANALYSE d'URINES : Protéines : Sucre :

Vaccinations à jour. Oui Non

En cas d'anomalie de l'examen cardio-vasculaire ou du tracé ECG, ou d'anomalie ostéo-articulaire, des examens complémentaires peuvent être nécessaires (à l'appréciation du médecin : épreuve d'effort, échographie cardiaque, IRM, radiographie...)

RESULTATS DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES EVENTUELLEMENT DEMANDES :

CONCLUSION : En conclusion de cet examen, j'estime que cet enfant est apte / inapte (1) à pratiquer l'escrime de compétition en catégorie

Lieu : Date : / / Cachet et signature :

Rayer la mention inutile

Cocher les réponses correctes

ATTENTION : si votre patient suit un traitement de fond et fait de la compétition, merci de vérifier que les produits ne font pas partie de la liste des produits dopants www.afld.fr et dans l'affirmative d'établir un dossier d'AUT (autorisation d'usage à des fins thérapeutiques)

Annexe 8) Certificat Escrime sante

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE L'ESCRIME SANTE

Je soussigné(e), Docteur

Certifie, après avoir examiné Mme,

Né(e) le

Qu'aucun signe d'affection cliniquement décelable ce jour, ne contre indique la pratique de l'escrime santé « hors compétition » et note ci-dessous les restrictions éventuelles.

Restrictions ou remarques éventuelles :

Date :

Signature

Cachet

Annexe 9) Certificat médical d'absence de contre-indication a la pratique de
l'escrime compétition pour les vétérans

LICENCE VETERAN

Je déclare avoir pris connaissance et avoir compris les informations au verso de ce document concernant ma santé et la pratique de l'escrime compétitions.

Je sollicite une licence vétérane.

Le tireur (NOM, Prénom)

Club : Date de naissance : / /

Niveau de compétitions pratiquées (le cas échéant) :

Fait le / / à

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Je soussigné(e),, docteur en médecine, avoir pris connaissance des informations au dos de ce document et

Certifie avoir examiné M

Né(e) le

habitant à

Entre 40 et 65 ans : certificat à faire tous les 3 ans, QS sport annuel

A partir de 65 ans : certificat médical annuel

Et n'avoir constaté ce jour aucune contre-indication à la pratique de l'escrime en compétition

Fait le / / à

Signature et cachet du médecin examinateur.

Les escrimeurs « vétérans » (plus de 40 ans) peuvent concourir dans des compétitions d'escrime sportive « séniors » (avec des adultes de 20 ans) ou « vétérans » dans leur catégorie d'âge (par tranches de 10 ans).

Les assauts d'escrime sportive et les duels d'escrime artistique correspondent parfois à des efforts d'intensité maximale (fréquence cardiaque jusqu'à 180 à 200 / mn), particulièrement pour celles et ceux qui ont gardé « l'esprit de compétition » et n'ont pas toujours conscience de l'évolution de leurs limites physiologiques, ainsi que pour ceux qui reprennent le sport après une interruption. Les conseils d'hydratation et d'échauffement sont toujours souhaitables.

Le risque de mort subite au cours d'une activité physique intense augmente après 40 ans et après 65 ans (HAS). C'est pourquoi la visite médicale en vue de la rédaction du certificat de non-contre-indication pour les escrimeurs vétérans nécessite un examen attentif et complet.

Afin d'aider le médecin dans sa réflexion et dans son examen, la commission médicale propose d'avoir une attention particulière sur les éléments suivant (non exhaustif)

La prise de médicament en lien avec le dopage (beta-Bloquant, diurétique ...)

Le dépistage adapte des risques de majoration de mort subite lie aux facteurs de risque, à l'âge, et au niveau de pratique ; Les examens suivants, selon les recommandations de l'HAS peuvent être nécessaire afin de guider le médecin dans sa décision :

ECG,

Echographie cardiaque,

Epreuve d'effort maximal réel ,

Bilan biologique (CT TG LDL HDL CREAT....)

Le dépistage de pathologie lie a la pratique du sport et de l'escrime

Coxarthrose

Enthésopathies

Etat ligamentaire avec risque de rupture (tendon d'Achille...)

Dépistage des troubles visuels

Seul le médecin au cours de son examen est apte à décider de la nécessité de pratiquer des examens complémentaires.

Dr BOUQUET Sylvain
Médecin Fédéral national



SCHEMA DE CONTRAT
SURVEILLANCE DES EPREUVES SPORTIVES

Adopté au cours de la Session du Conseil national des 14 et 15 décembre 2000.

Entre

l'Etat

la Collectivité territoriale

L'Association (*club ou fédération*)
M.le Centre médico-sportif

représenté par

la Société (*SEM ou S.A.*)

ci-après dénommée structure organisatrice

d'une part,

Et

le Dr X. (*nom, prénom, adresse, qualification et date, numéro d'inscription au Tableau de l'Ordre*)

d'autre part.

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 : le Dr X. s'engage à:

(détail et étendue des missions à définir par les parties, l'énumération ci-après a un caractère indicatif)

surveillance et prise en charge médicale durant les épreuves des sportifs et/ou permanence médicale auprès du public
engagement du praticien à respecter les règlements fédéraux dans la limite des règles de la déontologie médicale
etc.

En cas d'empêchement, le praticien fera tout son possible pour pourvoir à son remplacement.

Article 2 : de son côté, la structure organisatrice s'engage à communiquer au praticien toutes informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission :

- ▶ nombre de participants
- ▶ nombre de spectateurs prévus
- ▶ mesures prises pour la surveillance de ceux-ci
- ▶ intervention de la sécurité civile
- ▶ etc.

Article 3 : conformément aux dispositions de l'article 71 du code de déontologie, le Dr X. disposera de moyens humains et techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il sera susceptible de pratiquer.

A cet effet, le Dr X. aura autorité sur le personnel de secours : (précision sur le personnel mis à sa disposition, temps consacré, compétences techniques ...).

Le Dr X. disposera de l'équipement et des locaux suivants : *(description du matériel).*

La fourniture de matériel médical et l'entretien des locaux sont à la charge de la structure.

Cette disposition ne fait pas obstacle à la faculté pour le Dr X... d'utiliser, s'il le juge utile, en plus du matériel décrit, un matériel dont il est propriétaire ou locataire.

Le Dr X... gardera, en ce cas, toutes les charges inhérentes à sa qualité de propriétaire ou de locataire. Il sera responsable de la conformité de ce matériel aux normes techniques qui le concernent. Chaque partie fera son affaire des assurances qui lui incombent.

Article 4 : le Dr X. est engagé :

1. pour la durée de la manifestation, le (*préciser la date et l'heure*) ou
2. pour une durée de heures, le (*préciser la ou les dates et heures de la ou des manifestations*).

Article 5 : conformément aux articles 226-13 du code pénal et 4 et 72 du code de déontologie, le Dr X. est tenu au secret professionnel et médical et reste responsable de son respect par le personnel auxiliaire mis à sa disposition.

De son côté, la (...) s'engage à prendre toute mesure pour que le secret professionnel et médical soit respecté dans les locaux (éventuellement portatifs) qu'elle met à la disposition du médecin.

Article 6 : le Dr X. exercera son activité en toute indépendance.

Dans ses décisions d'ordre médical, il ne saurait être soumis à aucune instruction d'aucune sorte (*article 5 du code de déontologie*).

Article 7 : conformément à l'article 59 du code de déontologie, le Dr X... , appelé à intervenir en urgence, devra rédiger à l'intention du médecin traitant un compte-rendu de son intervention et de ses prescriptions qu'il remettra à la personne à qui il a donné ses soins, ou adressera directement à son confrère en informant la personne intéressée. Il en conservera le double.

Article 8 : le Dr X. , conformément à l'article 20 du code de déontologie, devra veiller à ce qu'il ne soit pas fait usage, par la structure organisatrice, de son nom ou de son activité à des fins publicitaires.

Article 9 : le Dr X. sera assuré, au titre de la responsabilité civile et professionnelle, par la structure organisatrice et aux frais de celle-ci, pour son activité prévue au présent contrat exclusivement.

Si le Dr X. est déjà couvert par une assurance en responsabilité civile professionnelle, il notifiera à sa compagnie d'assurances le présent contrat.

Article 10 : pour son activité, le Dr X. percevra une rémunération de (à déterminer par les parties). Conformément à l'article 97 du code de déontologie, il ne peut, en aucun cas, accepter de rémunération l'incitant à améliorer les performances des sportifs.

Le Dr X. sera indemnisé pour les frais exposés à l'occasion des déplacements qu'il pourra être amené à effectuer pour les besoins de sa mission.

Il sera remboursé sur présentation de justificatifs de toutes les dépenses raisonnables engagées pour l'exercice de ses fonctions.

Article 11 : en cas de désaccord sur l'interprétation, l'exécution ou la résiliation du présent contrat, les parties s'engagent, préalablement à toute action contentieuse, à soumettre leur différend à deux conciliateurs, l'un désigné par le Dr X. parmi les membres du conseil départemental de l'Ordre, l'autre par le directeur de la structure.

Ceux-ci s'efforceront de trouver une solution amiable, dans un délai maximum de trois mois à compter de la désignation du premier des conciliateurs.

Article 12 : en application de l'article L.4113-9 du code de la santé publique et des articles 83 et 84 du code de déontologie, le Dr X. doit communiquer, pour avis, cet engagement écrit et toute prolongation ou renouvellement écrit de celui-ci au conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Article 13 : les parties affirment sur l'honneur n'avoir passé aucune contre-lettre ou avenant, relatif au présent contrat, qui ne soit soumis au conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Fait à.....

le

Annexe 11) Lettres de missions des médecins

Annexe 12) Convention de mise à disposition

CONVENTION DE MISE A DISPOSITION

Entre,

Dit l'employeur

d'une part, Et

La **Fédération Française d'Escrime** (dénommée ci-après la **FFE**), 7 porte de Neuilly, 93160 NOISY-LE-GRAND, représentée par sa Directrice générale, Madame Sylvie LE MAUX, d'autre part,

VU la Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière,

VU la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

VU la demande de la FFE,

VU l'accord de Madame le Docteur X

VU l'accord du chef de service du Dr X

ARTICLE 1 : Objet de la convention

Madame le Docteur X _____, praticien hospitalier à temps plein dans le service _____
_____ est mise à disposition de la FFE

1 journée tous les 15 jours sur toute l'année hors périodes scolaires : 22 jours 2 Stages terminaux: 12 jours Compétitions de référence championnats d'Europe et championnats du monde seniors : 15 jours Réunions de coordination et commission médicale : 5 jours

Cette évaluation pourra être réévaluée selon les besoins.

ARTICLE 2 : Gestion administrative

Pendant toute la durée de la convention, le Dr X continue à relever exclusivement de son employeur pour tout ce qui concerne la gestion de sa situation administrative.

ARTICLE 3 : Rémunération - Remboursement

L'employeur continue d'assurer la prise en charge de la totalité des émoluments hospitaliers de du Dr X en fonction de son ancienneté dans son statut, ainsi que les charges y afférent et les primes.

La rémunération hospitalière du dr X continue d'être versée par le CHRU de Nancy et tiendra compte de ses avancements d'échelon.

Au vu d'un relevé trimestriel établi par l'employeur et produit à terme échu, le FFE s'engage à rembourser les émoluments hospitaliers du Dr X à hauteur du temps mis à disposition fixé article 1 ainsi que les charges annexes et primes (à titre indicatif le cout chargé d'une journée de travail de ce praticien s'élève à 408.20 € (susceptible d'évoluer en fonction d'éventuels changements d'échelon ou autre augmentation réglementaire).

ARTICLE 4 : Frais de déplacement

La FFE prend à sa charge tous les frais de déplacements du Dr Xs le cadre de sa mission.

ARTICLE 5 : Assurance responsabilité civile - Accident du travail, de trajet

La FFE assure la couverture des risques professionnels encourus par Dr X dans l'exercice de ses fonctions ou ceux qu'elle pourrait occasionner en son sein.

Dans le cas de faute personnelle mettant en cause la responsabilité directe du dr X, ce risque sera couvert par son assurance personnelle.

Dr X bénéficie, en qualité de praticien hospitalier de la législation sur les accidents du travail. En cas d'accident lui survenant, soit au cours du travail, soit au cours du trajet, la FFE s'engage à faire parvenir, le plus rapidement possible, toutes les informations à la Direction des Affaires Médicales de son employeur. Il utilisera à cet effet les formulaires réglementaires prévus par la Sécurité Sociale.

Dans ce cas, l'employeur pourra se retourner vers la FFE en ce qui concerne les conséquences financières d'un accident de travail, de trajet ou maladie professionnelle, subis par Dr X et imputable à l'activité exercée à la FFE.

ARTICLE 6 : Règlement intérieur

Le Dr X s'engage à respecter le règlement intérieur et les conditions de fonctionnement de la FFE.

ARTICLE 7 : Date d'effet - Durée - Modification - Résiliation

La présente convention prend effet à compter du ----- pour une durée de 1 an. Toute reconduction devra faire l'objet d'un avenant

La présente convention peut être complétée ou modifiée à tout moment par accord entre les parties, constaté par voie d'avenant.

ARTICLE 9 : Compétence juridictionnelle

Pour l'exécution de la convention et les suites, les parties font élection de domicile en leur siège susvisé.

Toute consultation résultant de l'interprétation et de l'exécution de la présente convention qui ne pourrait être résolue à l'amiable, sera portée devant les juridictions compétentes.