**Convention relative à l’activité du médecin de course**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Organisateur (**partie au contrat**) | AdresseCourrielTél.Fax |
| 2. Interlocuteur  | NomAdresseCourrielTél.FaxNuméro de portable |
| 3. Médecin (**partie au contrat**)[[1]](#footnote-1) | Nom/prénomAdresseCourrielTél.FaxNuméro de portable |
| 4. Manifestation |  |
| 5. Type de sport |  |
| 6. Organisation responsable |  |
| 7. Mandat du médecin :* Elaboration du concept médico-sportif/du concept sanitaire de la manifestation
* Direction de l’équipe médicale (Medical Team)
* Traitement médical en cas d’accidents lors de l’entraînement
* Traitement médical en cas d’accidents lors de la compétition
* Le médecin répond de la prise en charge médicale de l’ensemble des participants à la compétition
* Le médecin répond de la prise en charge médicale des spectateurs et des fonctionnaires
* Le médecin répond de la prise en charge des participants à la compétition désignés par

l’**Annexe 1** * .............................................................................
* Indications détaillées sur le mandat, voir l’**Annexe …**

**Le médecin ne doit assumer aucune tâche ne relevant pas de son domaine de compétences médicales.** |

|  |
| --- |
| 8. Déclaration des participants * Aucune déclaration n’est exigée/disponible
* Exigence d’une attestation médicale pour la participation à la manifestation
* Les conditions de participation contiennent une déclaration par laquelle le participant à la compétition consent à être traité par le médecin et atteste qu’il se pliera aux consignes du personnel médical.
* La déclaration de participation contient une clause exonérant le personnel médical de toute responsabilité.
 |
| 9. Concept médical * Concept du [date] (**Annexe …**)
* Organigramme de la prise en charge médicale lors de la manifestation (**Annexe …**)
 |
| 10. Collaboration avec un hôpital * La collaboration avec un hôpital relève de la compétence exclusive du médecin
* Nom de l’hôpital et de l’interlocuteur, év. autres détails de la collaboration (**Annexe …)**
 |
| 11. Auxiliaires et collaborateurs du médecin* Le médecin fait appel aux auxiliaires nécessaires à l’exercice de ses tâches
* L’organisateur fournit les auxiliaires nécessaires au suivi médical des participants. Du point de vue médical, ces auxiliaires sont soumis aux instructions du médecin
 |
| 12. Rémunération du médecin* Indemnité journalière calculée selon les tarifs de Swiss Olympic
* Forfait de déplacement de CHF ... /km
* Frais
* Complément assurance responsabilité civile
* ...........................................
 |
| 13. Modèle de facturation de l’association* Le médecin établit une facture conformément à la LAA
* La prestation médicale est couverte par la rémunération prévue au ch. 11
* .......................................................
 |
| 14. Assurance responsabilité civile :* Assurance responsabilité civile du cabinet couvrant expressément l’activité du médecin de course dans le monde entier
* Assurance responsabilité civile de l’hôpital employant le médecin et couvrant expressément l’activité de médecin de course dans le monde entier
* Assurance responsabilité civile conclue par l’organisateur
 |

|  |  |
| --- | --- |
| 15. Durée de la convention |  |
| 16. Dispositions spéciales................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................* **Les Conditions générales SEMS sont également applicables (Annexe …)**
 |
| Lieu/date |  |
| SignaturesOrganisateur : Médecin :………………………………………… ……………………………………...……………. |

Annexes

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Renseignements sur les participants à prendre en charge  |
| 2 | Indications détaillées sur le mandat |
| 3 | Concept médical de la compétition |
| 4 | Organigramme de la prise en charge médicale |
| 5 | Informations sur la collaboration avec l’hôpital  |
| 6 | Conditions générales SEMS |

1. Par souci de simplicité et de lisibilité, seule la forme masculine est employée. Cette dernière englobe bien entendu également la forme féminine. [↑](#footnote-ref-1)