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

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Organisateur (**partie au contrat**) | Adresse  Courriel  Tél.  Fax |
| 2. Interlocuteur | Nom  Adresse  Courriel  Tél.  Fax  Numéro de portable |
| 3. Médecin (**partie au contrat**)[[1]](#footnote-1) | Nom/prénom  Adresse  Courriel  Tél.  Fax  Numéro 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 |  |
| Signatures  Organisateur : 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)