

## HABILITATION DES ORGANISMES DE FORMATION MEDICALE POUR LA COURSE AU LARGE

A adresser à la Commission Médicale (CoMed) de la FFVoile

Je soussigné(e) :

Nom : ..... Prénom : .....  
Fonction : .....  
Représentant légal (président ou personne dûment mandatée) de l'organisme suivant :  
Appellation de l'organisme : .....  
Etablissement de santé .....  Association affiliée FFVoile .....   
Etablissement de formation .....  Organisme privé de formation .....   
Autre établissement .....  Autre organisme de formation associatif .....   
Précisez ..... Précisez .....  
S'il y a lieu : Numéro d'affiliation FFVoile : ..... et n° déclaration d'organisme de formation : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Téléphone : ..... Télécopie : .....  
Courriel : ..... N° SIRET : .....

sollicite l'habilitation de la FFVoile pour organiser la ou les formations suivantes :

- Premiers secours en mer (PSMer)  - Formation médicale hauturière (FMH)

dûment mandaté(e) par l'organisme que je représente, je m'engage à :

- Respecter le règlement de l'ISAF-RSO-6.05 et les préconisations de la FFVoile,
- Informers en temps utile la Commission Médicale de la FFVoile des sessions de formation projetées (projets annuels de formation et modifications éventuelles en cours d'année), selon modèle en annexe 1 (ou document équivalent),
- Transmettre aux autorités de la FFVoile la liste des formateurs impliqués dans les formations et vérifier leur qualification, selon modèle en annexe 2 (ou document équivalent),
- Réserver le pilotage de chaque session de formation à un formateur responsable habilité, lequel complète, date et vise obligatoirement le formulaire de demande d'habilitation figurant en annexe 3,
- Informers la FFVoile des moyens matériels et pédagogiques à disposition selon modèle en annexe 4 (ou document équivalent) et de toute modification ultérieure,
- Autoriser périodiquement la participation d'un formateur habilité aux réunions ou aux sessions de perfectionnement utiles,
- Rendre compte à la Commission Médicale du déroulement des formations (bilan annuel et par session),
- Répondre favorablement à toute demande d'information complémentaire ou d'évaluation sur site émanant des autorités de la FFVoile,
- Transmettre à la FFVoile et à l'issue de chaque session la liste des participants avec mention de ceux proposés à la certification, pour édition des certificats par la FFVoile,
- Suspendre toute action de formation à la première injonction de la FFVoile,
- Prendre note que l'habilitation de la FFVoile est octroyée pour une année civile et renouvelable,
- Interdire toute organisation et promotion de formation médicale ISAF à l'issue de la période d'habilitation si une demande de renouvellement n'a pas été déposée.

Fait à .....

Le .....

Cachet de l'organisme

Signature du représentant légal précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

NOTA : Les éléments à fournir selon les modèles en annexe peuvent être transmis sous d'autres formes par fichier numérisé à l'exception des fiches qui nécessitent une signature manuscrite (la présente et annexe 3), **joindre une lettre de motivation.**

## Annexe 1 : Calendrier prévisionnel des formations

Centre de formation : \_\_\_\_\_

Dates sessions	Date limite d'inscription	Prix	Lieu de déroulement	Remarques (adresse d'inscription, site internet, coordonnées tél., ...)



## Annexe 2 : Formateurs

Centre de formation : \_\_\_\_\_

Responsable des formations médicales (compléter une demande d'habilitation individuelle annexe 3) :

NOM : ..... Prénom : .....

Qualité : .....

Diplôme : .....

.....

Autres formateurs presentis :

Noms	Prénom	Qualité (*)	Diplômes

(\*) Lorsqu'il y a lieu, numéro d'inscription à l'ordre des médecins : ..... / .....-.....-.....

**Annexe 3 : HABILITATION DU FORMATEUR RESPONSABLE DES  
FORMATIONS PREPARANT AUX CERTIFICATS DE PSMER ET FMH**

A adresser à la Commission Médicale de la FFVoile

Je soussigné(e) :

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... Télécopie : .....

Téléphone cellulaire : ..... Courriel : .....

**Diplômes et qualifications :** .....  
.....

**Numéro d'inscription à l'Ordre des médecins (s'il y a lieu) :** ..... / .....

N° Licence FFVoile (s'il y a lieu) : .....

m'engage à :

- Respecter le règlement de l'ISAF-RSO-chapitre 6.05 et les préconisations de la FFVoile,
- Fournir à la Commission Médicale le programme prévisionnel des formations et l'informer de toutes modifications ultérieures,
- Participer périodiquement aux réunions ou aux sessions de perfectionnement utiles à la formation et au maintien de la qualité de mes enseignements,
- Rendre compte à la Commission Médicale de la FFVoile du déroulement des formations (bilan annuel et par session),
- Répondre favorablement à toute demande d'information complémentaire ou d'évaluation sur site émanant de la Commission Médicale de la FFVoile,
- Suspendre toute action de formation à la première injonction de la FFVoile.

Fait à ..... Le .....

Signature précédée de la mention manuscrite  
« lu et approuvé »



**Annexe 4 : Moyens matériels et pédagogiques**

Centre de formation :

Adresse du site de formation : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Description des locaux de formation : .....

.....

Matériel mis à disposition des participants (description sommaire) :

- livret pédagogique : .....

- supports vidéo : .....

- autres supports projetés : .....

- matériel d'apprentissage et d'entraînement :

- mannequins : .....

- défibrillateur : .....

- autres (préciser) : .....