

FORMULAIRE DE DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ MARATHON DE VENISE LISTE DE VÉRIFICATION SANITAIRE DU MARATHON DE VENISE ET CONDITIONS

Veillez lire attentivement et signer ci-dessous pour confirmer que vous êtes d'accord avec ce qui suit

- 1) Je (**Nom/Prénom du participant**) ferai attention à ma santé, me maintiendrai en bonne condition physique et m'entraînerai suffisamment avant de participer à la course. Ma participation se fera sous ma responsabilité personnelle. J'utiliserai également la liste de vérification de la santé avant la course, signalée ci-dessous**, pour confirmer ma condition physique. Si je ne suis pas en bonne condition physique, j'annulerai ma participation à la course ou je ferai très attention à ma condition pendant la course.
- 2) Si je suis blessé, si j'ai un accident ou si je tombe malade pendant la course, je n'aurai aucune objection à recevoir les premiers soins. Je remplirai toutes les informations médicales et les coordonnées d'urgence signalées au verso du numéro de dossard, car je sais qu'il y a des détails importants pour m'aider en cas de besoin.
- 3) Personne ne courra en mon nom. Si quelqu'un devait courir en mon nom, je ne tiendrai pas les organisateurs responsables de tout accident qu'il ou elle pourrait avoir pendant la course. S'il s'avère que quelqu'un a couru en mon nom, je me conformerai aux instructions des organisateurs, y compris l'annulation de toute mention élogieuse officielle ou inscription pour le marathon de Venise à l'avenir.
- 4) Je m'inscris sans aucun échec ou tromperie dans ma candidature, y compris les qualifications d'inscription ou la limite de temps de participation pour cette course.
- 5) J'accepte que le droit de libérer tout matériel pendant la course, Exposport ou l'événement associé tel que des vidéos, des photographies, des articles, des programmes télévisés, des journaux, des magazines, des sites Web ou des affiches et des dépliants pour la promotion des prochains événements du Marathon de Venise appartient à l'organisateur.
- 6) J'entrerai dans la zone de départ par la porte d'entrée désignée. (Il est interdit d'entrer par d'autres portes).
- 7) J'ai lu les termes et conditions énoncés dans les règles de Marathon rapportées sur le formulaire d'inscription en ligne et sur le site Web et j'accepte de les respecter comme condition de ma participation.

****Un BILAN DE SANTÉ est requis avant de participer au marathon de Venise.**

Chaque coureur doit vérifier les éléments suivants et rejoindre la course sous sa responsabilité.
a) Veillez consulter votre médecin de soins primaires au sujet de la participation à la course **si l'un des éléments suivants (1 à 5) vous est applicable.**

S'il vous plaît, faites un examen physique et un examen cardiaque sous la supervision de votre médecin de soins primaires.

Vous n'êtes pas tenu de soumettre des certificats médicaux. Cette liste de vérification de l'état de santé vise à vous aider à effectuer votre propre bilan de santé. (à compléter impérativement)

Si vous rejoignez la course, vous êtes responsable de vos actes.

1. Suivez-vous actuellement un traitement ou avez-vous déjà reçu un diagnostic de maladie cardiaque (inflation cardiaque, angine de poitrine, cardiomyopathie, trouble valvulaire, cardiopathie congénitale, rythme cardiaque irrégulier, etc.) ? OUI / NON
2. Avez-vous déjà soudainement perdu connaissance (évanoui) ? OUI / NON
3. Avez-vous déjà ressenti des douleurs thoraciques ou des étourdissements lorsque vous faisiez de l'exercice ? OUI / NON
4. Votre parent est-il décédé subitement à cause d'une soi-disant « insuffisance cardiaque » (mort subite) ? OUI / NON
5. Est-ce que plus d'un an s'est écoulé depuis votre dernier examen physique ? OUI / NON

b) Les éléments suivants (6 à 9) sont des facteurs de risque d'infarctus du myocarde et d'angine de poitrine. Veuillez consulter votre médecin de soins primaires si l'un de ces éléments s'applique à vous et garder votre condition physique stable avant de participer à la course.

6. Votre tension artérielle est-elle élevée (hypertension) ? OUI / NON
7. Votre taux de sucre dans le sang est-il élevé ou avez-vous déjà reçu un diagnostic de diabète ? OUI / NON
8. Avez-vous un taux élevé de cholestérol LDL ou un taux de graisse neutre (hyperlipémie) ? OUI / NON
9. Fumez-vous ? OUI / NON

Envoyez les deux pages

Votre médecin de soins primaires est le médecin le plus proche de vous qui peut vous aider à gérer votre santé et votre condition physique. Choisissez soigneusement votre médecin de soins primaires et discutez de vos examens physiques requis et si vous pouvez ou non participer à la course.

Je me conforme par la présente aux conditions décrites ci-dessus et après avoir lu la liste de contrôle de santé, je confirme que je peux participer à la course.

Signature obligatoire du coureur

Écrivez votre nom et prénom en lettres moulées

écrivez votre date de naissance

Contact d'urgence en cas d'accident

relation _____

Nom de la personne-ressource

numéro de téléphone