FORMULAIRE DE DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ DE ROMAOSTIA

LISTE SANITAIRE ROMAOSTIA ET CONDITIONS

Veuillez lire attentivement et signer ci-dessous pour confirmer que vous acceptez ce qui suit :

1) Je (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 propre responsabilité. J'utiliserai également la liste de contrôle de santé avant la course, rapportée ci-dessous **, pour confirmer ma condition physique. Si je ne suis pas en bonne condition physique, j'annulerai ma participation à la course ou ferai très attention à ma condition pendant la course.

2) Si je suis blessé, ai un accident ou tombe malade pendant la course, je n'aurai aucune objection à recevoir les premiers soins. Je remplirai toutes les informations médicales et coordonnées d'urgence reportées 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 se présentera à ma place. Si quelqu'un doit courir en mon nom, je ne tiendrai pas les organisateurs responsables de tout accident qu'il pourrait avoir pendant la course. S'il devait être révélé que quelqu'un a couru en mon nom, je me conformerai aux instructions des organisateurs, y compris l'annulation de toute mention officielle ou des inscriptions pour le ROMAOSTIA à l'avenir.

4) Je m'inscris sans erreur ni tromperie , y compris sur mes qualifications d'entrée ou temps de participation limite pour cette course.

5) J'accepte que le droit de divulguer tout matériel pendant la course, Exposport ou événement associé tel que vidéos, photographies, articles, programmes télévisés, journaux, magazines, sites Web ou affiches et dépliants pour la promotion des prochains événements ROMAOSTIA appartient à l'organisateur.

6) J'entrerai dans la zone de départ par la grille d'entrée désignée. (Il est interdit d'entrer par d'autres grilles).

7) J'ai lu les termes et conditions énoncés dans les règles du Semi-Marathon reportées sur l'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 ROMAOSTIA.
Chaque coureur doit vérifier les points suivants et s'inscrire à la course sous sa responsabilité.

a) Veuillez consulter votre médecin traitant au sujet de la participation à la course si l'un des éléments suivants (1 à 5) s'applique à vous.

Veuillez passer un examen physique et un examen cardiaque sous la supervision de votre médecin traitant.

Vous n'êtes pas tenu de présenter des certificats médicaux. Cette liste de contrôle de santé vise à aider votre propre bilan de santé.

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

1. Êtes-vous actuellement sous 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.) ?

2. Avez-vous déjà soudainement perdu connaissance (évanoui) ?
3. Avez-vous déjà ressenti des douleurs à la poitrine ou des étourdissements lorsque vous faisiez de l'exercice ?
4. Un de vos proches est-il décédé subitement à cause d'une soi-disant « insuffisance cardiaque » (mort subite) ?
5. Cela fait-il plus d'un an depuis votre dernier examen physique ?

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

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

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

Je respecte les conditions décrites ci-dessus et après avoir pris connaissance de la check-list de santé, je confirme pouvoir participer à la course.

Nom (doit être signé par le coureur)

_____

Contact d'urgence en cas d'accident relation _____

_____ _____

Nom de la personne de contact numéro de téléphone

JOINDRE UNE PIÈCE D'IDENTITÉ POUR VALIDER LA DÉCLARATION