

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ ET ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Événement : Gayar SwimFit Challenge • Piscine Thierry Robert

INFORMATIONS DU PARTICIPANT

Date de l'événement :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

DÉCLARATIONS SUR L'HONNEUR

1. Participation volontaire

Participer librement et volontairement à l'événement sportif Gayar SwimFit Challenge.

2. Aptitude physique

Être en bonne condition physique et ne présenter aucune contre-indication médicale connue à la pratique d'une activité sportive intensive comprenant des exercices fonctionnels et de la natation.

Je certifie avoir fourni les documents éventuellement exigés par l'organisateur conformément à la réglementation en vigueur.

3. Natation

Je reconnais savoir nager et être capable d'effectuer les distances de natation prévues dans ma catégorie de participation.

4. Connaissance des risques

Je reconnais avoir été informé(e) que cette épreuve comporte des efforts physiques soutenus et des risques inhérents à toute pratique sportive, notamment :

- fatigue physique ; blessures musculaires ou articulaires ;
- chutes ; malaises ; incidents liés à la pratique de la natation ;
- tout autre risque lié à l'effort physique.

J'accepte de participer en pleine connaissance de ces risques.

5. Respect des consignes

Je m'engage à respecter l'ensemble des consignes de sécurité, du règlement sportif et les instructions des organisateurs, juges, bénévoles, secouristes et personnels médicaux.

6. Retrait de l'épreuve

J'accepte que les organisateurs, juges, secouristes ou personnels médicaux puissent décider de mon retrait temporaire ou définitif de l'épreuve s'ils estiment que mon état de santé ou ma sécurité est compromise.

7. Intervention médicale d'urgence

J'autorise les organisateurs et les services de secours à prendre toutes les mesures d'urgence qu'ils jugeront nécessaires en cas d'accident, de malaise ou de problème médical me concernant.

8. Responsabilité

Je reconnais que l'organisateur est tenu à une obligation de moyens en matière de sécurité et ne pourra être tenu responsable que dans le cas d'une faute démontrée lui étant directement imputable.

Ma responsabilité personnelle pourra être engagée en cas de fausse déclaration, non-respect des consignes de sécurité, ou comportement dangereux contraire au règlement de l'épreuve.

9. Assurance

Je certifie être couvert(e) par une assurance responsabilité civile personnelle en cours de validité.

10. Effets personnels

Je reconnais que l'organisateur ne pourra être tenu responsable de la perte, du vol ou de la détérioration de mes effets personnels.

11. Droit à l'image

J'autorise gratuitement l'association organisatrice à utiliser, reproduire et diffuser les photographies, vidéos ou captations réalisées lors de l'événement sur tout support de communication, sans limitation de durée ni contrepartie financière.

12. Données personnelles

J'accepte que mes informations soient utilisées exclusivement pour l'organisation, la gestion et la communication liées au Gayar SwimFit Challenge, conformément au RGPD.

ATTESTATIONS

- Je certifie savoir nager et être capable d'effectuer les distances prévues dans ma catégorie.
- Je certifie être apte à participer au Gayar SwimFit Challenge.
- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement sportif du Gayar SwimFit Challenge et m'engage à le respecter.
- Je reconnais avoir lu intégralement la présente décharge et en accepter l'ensemble des termes.

Fait à :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Le : / /

.....

POUR LES PARTICIPANTS MINEURS (si applicable)

Je soussigné(e), représentant légal du participant désigné ci-dessus, autorise sa participation au Gayar SwimFit Challenge et accepte l'ensemble des dispositions de la présente décharge.

Nom et prénom du représentant légal :

Signature :

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Gayar SwimFit Challenge • Piscine Thierry Robert

INFORMATIONS DU PARTICIPANT

Date de l'événement :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

QUESTIONS DE SANTÉ

ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL — Question	Oui	Non
Un médecin vous a-t-il déjà déconseillé la pratique d'un sport intense ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été hospitalisé(e) au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivez-vous actuellement un traitement médical pouvant influencer votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous ressenti une douleur ou un malaise important lors d'un effort physique au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous perdu connaissance ou fait un malaise au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CŒUR ET RESPIRATION — Question	Oui	Non
Ressentez-vous des douleurs thoraciques pendant ou après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une maladie cardiaque connue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà présenté un trouble du rythme cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous rapidement essoufflé(e) lors d'un effort habituel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous suivi(e) pour de l'asthme ou une maladie respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APPAREIL LOCOMOTEUR — Question	Oui	Non
Avez-vous une blessure récente pouvant limiter votre participation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous régulièrement du dos, des genoux, des hanches ou des épaules ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous subi une opération chirurgicale au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NATATION — Question	Oui	Non
Savez-vous nager sans assistance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous capable d'effectuer la distance de nage prévue dans votre catégorie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà été victime d'un malaise ou d'une difficulté respiratoire lors d'une activité aquatique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

atteste avoir répondu honnêtement à l'ensemble des questions ci-dessus.

Je reconnais que :

- Toute fausse déclaration engage ma responsabilité personnelle.
- En cas de réponse positive à une ou plusieurs questions, il est recommandé de consulter un médecin avant de participer à l'événement.
- L'organisateur se réserve le droit de demander un certificat médical ou toute pièce complémentaire s'il l'estime nécessaire.

RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE

- J'ai répondu NON à toutes les questions et je considère être apte à participer.
- J'ai répondu OUI à une ou plusieurs questions et je reconnais avoir pris les mesures nécessaires avant ma participation.

Fait à :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Le : / /

.....

.....

POUR LES PARTICIPANTS MINEURS (si applicable)

Je soussigné(e), représentant légal du participant, certifie avoir pris connaissance du présent questionnaire et autorise sa participation à l'événement.

Nom du représentant légal :

Signature :