



les
Foulées
eaubonnaises

DECHARGE DE RESPONSABILITE

La présente «décharge» est conclue dans le cadre de la manifestation sportive de course à pied dénommée «**LES FOULEES EAUBONNAISES**» en cas de non présentation d'un certificat médical ou d'une licence FFA, FFTRI, UFOLEP.

ENGAGEMENTS DU SIGNATAIRE (ou de son représentant légal)

Je prends connaissance des dispositions ci-dessus, et ne présentant pas de certificat médical de «non contre-indication à la pratique de l'athlétisme ou de la course à pied en compétition» datant de moins d'un an ou la photocopie d'une licence sportive en cours de validité (fédérations mentionnées ci-avant), je m'engage sous ma propre responsabilité, à participer à la course et atteste ne présenter aucune contre-indication à la pratique du sport, renonçant par là-même à tout recours envers les organisateurs :
Je certifie que :

1. Je suis en bonne condition physique et que je ne souffre d'aucune blessure, maladie ou handicap, que je n'ai jamais eu de problèmes cardiaques ou respiratoires décelés à ce jour.
2. Aucun médecin, infirmier, entraîneur, ne m'a déconseillé la pratique de ce sport.
3. Je m'engage à prendre une assurance responsabilité civile, si ce n'est pas déjà le cas.
4. Atteste avoir répondu « non » à TOUTES les questions du formulaire de santé joint.

Je déclare dégager de toutes responsabilités en cas d'accident de quelque nature que ce soit ou de dommages sans aucune exception ni réserve l'organisateur ainsi que toutes les personnes œuvrant pour l'organisation. Et ce, durant toute la durée de l'événement du **samedi 24 mai 2025** à Eaubonne.

Je consens à assumer tous les risques connus et inconnus, et toutes les conséquences afférentes ou liées au fait que je pratique la course

J'ai lu le présent document et je comprends qu'en y apposant ma signature je renonce à des droits importants. C'est donc en toute connaissance de cause que je signe le présent document.

Je signe le présent document volontairement et sans contrainte.

Nom, prénom du participant :

résidant au

.....

Pour les mineurs : lien de parenté : [PERE / MERE / REPRESENTANT LEGAL]

Nom, prénom du représentant légal :

Fait à le

Signature du participant [ou représentant légal] (précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé » :



Nom :
 Prénom :
 Course :

QUESTIONNAIRE DE SANTE



SECTION POUR LES MINEURS

Observations à destination du représentant légal : Il est préférable que ce soit l'enfant qui remplisse lui-même ce questionnaire

Tu es : une fille un garçon ton âge :

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute la journée ou plusieurs jours ?		
As-tu été opéré(e) ?		
As-tu beaucoup plus grandi/grossi/maigri que les autres années ?		
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans savoir comment ?		
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont forcé à t'arrêter ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations ?		
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament ?		
As-tu arrêté de faire du sport à cause d'un problème de santé ?		
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Te sens-tu plus fatigué(e) à que d'habitude ?		
As-tu des problèmes pour dormir ?		
As-tu moins faim que d'habitude ? Manges-tu moins ?		
Te sens-tu triste ou inquiet ?		
Pleures-tu plus souvent ?		
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une ancienne blessure ?		
Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu arrêter le sport ou en changer ?		
Penses-tu avoir besoin de voir un médecin pour continuer le sport ?		
Souhaites-tu signaler quelque chose concernant ta santé ?		

QUESTIONS A REMPLIR PAR LE REPRESENTANT LEGAL DU MINEUR	OUI	NON
Dans votre famille y'a-t-il eu un malade du cœur ou du cerveau, ou un décès subit avant l'âge de 50 ans ?		
Etes-vous inquiet pour son poids ? Mange-t-il trop/pas assez ?		
Avez-vous manqué un examen de santé ? (2/3/4/5/8-9/11-13/15-16 ans)		

SECTION POUR LES MAJEURS

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?		
Avez-vous fait un malaise ou perdu connaissance ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou + pour des raisons de santé, avez-vous repris sans accord médical ?		
Avez-vous eu une blessure invalidante ? (arrêt du sport)		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée ? (hors allergies/contraception)		
Aujourd'hui	OUI	NON
Avez-vous arrêté le sport pour des raisons de santé		
Ressentez-vous une douleur, un manque de force en lien avec une ancienne blessure ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour courir ?		

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour participer à la course

Si vous avez répondu **NON à toutes les questions** :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement, ATTESTEZ, selon les modalités prévues, avoir répondu NON à toutes les questions.

Si vous avez répondu **OUI à une ou plusieurs questions** :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.