



FORMULAIRE DE DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

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

- 1) Je _____ ferai attention à ma santé, je me maintiendrai en bonne condition physique et je m'entraînerai suffisamment avant de participer à la course. Ma participation se fera par auto-responsabilité. J'utiliserai également la liste de vérification de l'état de santé avant la course, indiquée ci-dessous**, pour confirmer mon état physique. Si je ne suis pas en bonne condition physique, je vais annuler ma participation à la course ou faire attention à mon état pendant la course.
- 2) Si je suis blessé, que j'ai un accident ou que 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 indiquées sur le dos du dossard, car je sais qu'il y a des détails importants pour m'aider en cas de besoin.
- 3) Personne ne se présentera en mon nom. Si quelqu'un doit courir en mon nom, je ne tiendrai pas les organisateurs responsables de tout accident qu'ils pourraient avoir pendant la course. Si on découvre que quelqu'un s'est présenté en mon nom, je me conformerai aux instructions des organisateurs, y compris l'annulation de toute mention élogieuse officielle ou des inscriptions pour le marathon de Firenze à l'avenir.
- 4) Je m'inscris sans aucun échec ou tromperie dans ma candidature, y compris les qualifications d'entrée ou le délai de participation pour cette course.
- 5) Je conviens que le droit de diffuser tout matériel pendant la course, l'expo marathon ou l'événement associé, comme des vidéos, des photographies, des articles, des émissions de télévision, des journaux, des magazines, des sites Web ou des affiches et des dépliants pour promouvoir les prochains événements du marathon de Firenze appartient à l'organisateur.
- 6) Je vais entrer dans la zone de départ par la porte d'entrée désignée. (Il est interdit d'entrer par d'autres portes).
- 7) Je vais entrer dans la zone de départ par la porte d'entrée désignée. (Il est interdit d'entrer par d'autres portes).

****UN BILAN DE SANTÉ est requis avant de participer au Firenze Marathon.**

Chaque coureur doit vérifier les éléments suivants et rejoindre la course sous sa responsabilité.

- a) *Veillez 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.
Veillez subir un examen physique et un examen cardiaque sous la supervision de votre médecin de premier recours. Vous n'êtes pas tenu de présenter de certificat médical. Cette liste de vérification de l'état de santé vise à faciliter votre propre vérification de l'état de santé.*

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

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.)?*
2. *Avez-vous déjà perdu soudainement connaissance (évanouissement)?*
3. *Avez-vous déjà ressenti des douleurs thoraciques ou des étourdissements lorsque vous faisiez de l'exercice?*
4. *Votre parent est-il décédé subitement d'une « insuffisance cardiaque » (mort subite)?*
5. *Votre dernier examen physique remonte-t-il à plus d'un an?*

b) Les éléments suivants (6 à 9) sont des facteurs de risque d'infarctus cardiaque et d'angine de poitrine. Veuillez consulter votre médecin de premier recours si l'un de ces critères s'applique à vous et gardez votre condition physique stable avant de participer à la course.

6. *Votre tension artérielle est-elle élevée (hypertension)?*
7. *Votre glycémie est-elle élevée, ou avez-vous déjà reçu un diagnostic de diabète?*
8. *Avez-vous un taux de cholestérol LDL élevé ou un taux de gras neutre (hyperlipémie)?*
9. *Fumez-vous?*

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

Je respecte les termes décrits ci-dessus et après avoir lu la liste de contrôle de santé, je confirme que je peux participer à la course.

Nom (doit être signé par le coureur)

Contact d'urgence en cas d'accident

nom de la personne ressource

Relation _____

numéro de téléphone