

ICE SWIMMING Saint Nazaire 5 mars 2023 2023

Attestation sur l'honneur

Document à renvoyer en version dématérialisée ou à présenter sur place avant le début des épreuves.

Je soussigné (e) :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Reconnais par la présente :

Avoir pris connaissance et m'être familiarisé(e) avec le règlement des épreuves de la nage hivernale de Saint Nazaire.

M'engager à me conformer pleinement aux règles obligatoires pour ma sécurité.

Avoir pris connaissance des risques et des dangers induits par ma participation aux épreuves de Nage hivernale et m'y être préparé(e).

Ces risques comprennent ceux qui sont associés ou posés par :

Un changement brutal de température provoquant une sensation d'étouffement, une augmentation du souffle et une accélération du rythme cardiaque.

La lutte contre la perte de chaleur avec changement physiologique radical entraînant un ralentissement de l'activité musculaire.

L'immersion dans une eau extrêmement froide pendant des périodes prolongées avec des réactions physiologiques en chaîne qui s'accroissent.

Un risque d'hypothermie et d'épuisement avec effets sur ma santé personnelle physique et psychique.

Pour les distances supérieures ou égales à 500 m, je m'engage à être obligatoirement secondé(e) d'une personne accompagnatrice capable de :

Connaître mes capacités à poursuivre ou stopper ma nage.

Me prendre en charge à la sortie de l'eau jusqu'à la salle de réchauffement.

Réagir en cas d'hypothermie du nageur.

Rester présente jusqu'à ce que j'ai retrouvé une température idéale me permettant de recouvrer pleinement mes capacités physiques et psychiques.

Cette personne devra être informée et familiarisée au règlement de l'Ice Swimming de Saint Nazaire .

Je reconnais participer à cette compétition en ayant conscience que la pratique de la natation en eau froide est en soi dangereuse. J'accepte tous ces dangers et risques.

Fait à :

Date :

Signature :

ICE SWIMMING Saint Nazaire 5 mars 2023
Formulaire d'examen médical

Document à renvoyer en version dématérialisée ou présenter sur place à l'officiel médical avant le début des épreuves.

Date de l'examen (valide pour 3 mois) :

Informations personnelles du nageur/de la nageuse :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Genre :

Nationalité :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Questionnaire de santé (à remplir par le nageur/la nageuse) :

Entourer Oui ou Non, si Oui, merci de préciser l'information.

1 ? Antécédents médicaux Oui / Non

2 ? Antécédents chirurgicaux Oui / Non

3 ? Traitement médical en cours Oui / Non

4 ? Allergies Oui / Non

5 ? Antécédents cardiovasculaires
(ex : TA, arythmie, Raynaud) Oui / Non

6 ? Antécédents cardiovasculaires familiaux Oui / Non

7 ? Antécédents respiratoires (ex : asthme) Oui / Non

8 ? Antécédents neurologiques (ex : épilepsie) Oui / Non

9 ? ORL (oreilles, nez, gorge) Oui / Non

10 – Yeux (problèmes de vue, chirurgie) Oui / Non

11 – Antécédents psychiatriques Oui / Non

12 – Hospitalisation (dans les 5 années écoulées) Oui / Non

13 – Expérience de la nage en glacée Oui / Non

14 – Problème de réchauffement après nage en eau glacée
(Hypothermie, arythmie)

Oui / Non

15 – Expérience de pratique sportive en altitude Oui / Non

16 – Problème d'adaptation à l'altitude Oui / Non

Commentaires :

Je déclare par la présente :

- Qu'à ma connaissance mon état de santé général est bon ;
- Que j'ai déclaré toutes les informations pertinentes en ma possession pour l'évaluation de mon état de santé en vue de la pratique de la Nage Hivernale ;
- Que j'autorise la transmission de ces informations à l'officiel médical de l'Ice Swimming Saint Nazaire
- Que je m'engage à informer l'officiel médical de l'Ice Swimming Saint Nazaire de toute évolution de mon état de santé entre la date du présent examen et celle de la compétition

Fait à :

Date :

Signature :

Partie à remplir par le médecin examinateur (obligatoirement un médecin du sport ou un cardiologue)

Examen général :

- Poids :

- Taille :

- IMC :

Examen cardiovasculaire :

- Fréquence cardiaque :

- Tension artérielle :

- Interprétation de l'ECG (obligatoire) :

Examen respiratoire :

- Fréquence respiratoire :

- Saturation de l'oxygène :

- Mesure du Peak Flow :

- Commentaire général :

Examen ORL :

- Tympan

- Pharynx

Examen abdominal :

Examen neurologique :

Commentaire général :

Après examen, je déclare ne constater aucune contre-indication médicale pouvant empêcher la pratique de la Nage Hivernale (ou de la Nage en Eau Glacée) pour

M./ Mme.

Fait à : _____ Date : _____

Nom du médecin :

Adresse :

Spécialité :

Mail : Téléphone :

Signature :