

PRE-INSCRIPTION (Big Jump-Traversée)

* Participant :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Code postal : _____

Adresse mail : _____

Numéro de Gsm : _____

* Pour les mineurs d'âge (Parent/Personne en charge) :

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de Gsm : _____

Je m'inscris pour :

Big Jump
-> Gratuit

Traversée de la Meuse
-> 2€ à payer sur place (en liquide)

DECHARGE DE RESPONSABILITE (Big Jump-Traversée)

- Je souhaite, de ma propre initiative, participer aux activités organisées lors de cet événement.
- Je suis conscient que, comme d'autres activités, la natation en eau libre présente des risques. Je certifie avoir pris connaissance des dangers et risques ainsi que des règles à respecter et des précautions à prendre pour pratiquer l'activité en toute sécurité.
- Je me mets à l'eau sous ma propre responsabilité et à mes propres risques.
- J'ai pris connaissance de l'avant programme et je m'engage à respecter les règles mentionnées sur ce dernier.
- Je suis conscient qu'en cas de dommages aux tiers résultant du non-respect de ces règles, ma responsabilité est engagée et non celle de l'organisateur, de ses membres et de ses représentants.
- Les mineurs d'âge DOIVENT être accompagnés par le parent/adulte responsable dans l'eau
- Je m'engage à respecter toutes les consignes de sécurité qui me sont données.
- Je certifie être physiquement apte à la natation en eau libre. Je suis capable de nager au moins 250 mètres sans m'arrêter.
- Je suis physiquement capable de sortir de l'eau par une échelle.
- Je n'ai consommé ni alcool, ni drogue, ni de médicament pouvant influencer mon comportement avant de participer aux activités aquatiques de l'évènement.
- A ma connaissance, je ne présente pas de : - maladies cardiaques - hypertension artérielle non traitée - toute forme d'asthme - pneumothorax - infections pulmonaires - toutes maladies, malformations ou opérations réduisant les échanges pulmonaires - épilepsie et convulsions - dépressions nerveuses et maladies mentales – diabète.

Dans le cas où je présente une de ces pathologies, j'en informe le service médical présent lors de l'évènement afin qu'un encadrement adapté soit organisé autour de moi.

J'accepte les termes du présent document et y adhère sans la moindre réserve et de manière explicite.

Daté, signé et précédé de la mention « Lu et approuvé »

NB : Le civilement responsable signe pour le mineur d'âge

A renvoyer **avant le 06/07/2024** à l'adresse mail : coolhuy.secretariat@gmail.com