

Dossier inscription Courrier Sud 2020

Volet médical (a remplir et signer)

Je m'engage à fournir le certificat médical dûment rempli du dossier d'inscription (datant de moins de 3 mois) et le questionnaire de santé avant le 1 er octobre 2020 ainsi que le formulaire

« Engagement & Décharge ».

J'autorise les médecins de l'organisation, en cas d'urgences vitales, à prendre toutes les décisions médicales qu'ils jugeront nécessaires. Toutefois, je m'engage à passer une visite médicale avant le départ de l'épreuve si requis par l'Organisation.

Je déclare prendre sous ma responsabilité tout accident de santé qui pourrait être la suite directe ou indirecte de cette épreuve. Je m'engage formellement à ne rechercher en aucun cas dans le présent et l'avenir la responsabilité des organisateurs en cas d'accident et/ou maladie relative à cette épreuve

Après avoir sollicité mon inscription comme coureur au raid COURRIER SUD et en connaissance du règlement de cette course, déclare connaître les difficultés de l'épreuve.

Je déclare avoir subi sans réserve aucune, une visite médicale d'aptitude à cette épreuve telle que définie ci-dessus et suivant le certificat médical ci-joint.

Fait à : le.....

Signature :

(Faire précéder la mention " lu et approuvé ")

Pour les mineurs : Je soussigné(e),

père, mère, tuteur légal (rayer les mentions inutiles),

autorise mon fils, ma fille

à participer au Raid COURRIER SUD 2020, en toutes connaissances de causes.

Fait à : le

Signature :

(Faire précéder la mention " lu et approuvé ")

Volet médical (a remplir et signer par un médecin)

Je soussigné,

Docteur:

Adresse :

certifie avoir examiné le :/...../.....

Mme, Melle, M.

Né(e) le :/...../..... à :

Adresse :

Poids : Taille : Groupe sanguin : T/A :

inscrit en tant que : COUREUR ou ACCOMPAGNATEUR (barrer mention inutile)

J'atteste qu'il / elle est indemne d'antécédents notables cardio-vasculaires, rénaux ou neuropsychiatriques.

présente un examen clinique normal

Établi le : à : Cachet du médecin :

Signature :

Volet médical (a remplir et signer)

M. Mme Mlle

Nom : Prénom :

..... Date de naissance :

Veillez répondre à toutes les questions en cochant la case correspondante; chaque réponse doit être claire et précise. Si la réponse est OUI, précisez dans chaque rubrique la nature, la cause, les dates et la durée du traitement, de l'hospitalisation, de la maladie ou de l'incapacité de travail. Les signes et les traits ne sont pas acceptés.

Toute imprécision ou absence de réponse est de nature à retarder l' étude de votre dossier.

Questionnaire médical	oui	non
1 - Êtes-vous en traitement médical ou sous contrôle médical ? Si oui : Lequel ? Pourquoi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Êtes-vous atteint d'une maladie chronique ou d'une affection récidivante ? Si oui : Laquelle ? Depuis quand ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Avez-vous subi : <i>Nom de l'affection ou de la maladie, date du diagnostic, durée date de guérison, séquelles, commentaires (joindre toutes pièces médicales utiles: compte rendu opératoire ou histologique, ou certificat du médecin) Une opération autre qu'appendicite, dents de sagesse, amygdales, végétations?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un traitement :		
par radiothérapie ou chimiothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pour troubles sanguins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pour troubles cardiovasculaires ou tension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pour troubles respiratoires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pour troubles digestifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pour troubles rénaux ou urinaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pour maladies rhumatismales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pour troubles nerveux ou psychiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pour une pathologie des os, des articulations, des hanches, de la colonne vertébrale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous été hospitalisé sans opération ? Si oui : Pourquoi ? Quand ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cas d'omission ou de fausse déclaration intentionnelle de la part d'un participant, de l'existence d'une pathologie antérieure ou d'un déplacement susceptible d'aggravation, la clause extraite du contrat d'assurance Inter Mutuelle Assistance sera appliquée. « Dans l'hypothèse de l'existence de l'une des exclusions précitées (pathologie antérieure au déplacement susceptible d'aggravation) notre intervention complémentaire aux régimes sociaux existants resterait limitée à 3.811 Euros. » L'Organisation se réserve le droit de refuser l'inscription d'un participant au vu des résultats du questionnaire médical ou en cas d'omission ou fausse déclaration intentionnelle.

Je déclare sur l'honneur être en bonne santé et ne rien dissimuler qui puisse tromper sur cet état.

Fait à : **le**

Signature du participant

Document à conserver par le coureur

Elle est obligatoire en plus du matériel minimum de survie.

Elle doit contenir des produits et des médicaments correspondant aux affections courantes.

Les médecins volontaires sont engagés sur le Raid pour répondre aux incidents ou accidents survenant lors des courses.

En cas de symptômes ou de pathologies inhabituels, l'équipe médicale du Raid est à votre disposition tous les soirs au bivouac avant le repas.

Votre trousse doit être simple, personnalisée et renouvelée régulièrement (**dates de péremption +++**) :

il n'existe pas de trousse type, celle ci est un exemple et dans tous les cas, demander conseil à votre médecin ou votre pharmacien

- Préférer une boîte hermétique
- Déconditionner les médicaments de leurs boîtes pour prendre moins de place mais s'assurer de leur dénomination et de leur péremption (notice et date).

Matériel minimal

- Une paire de ciseaux
- Un thermomètre
- Une pince à épiler, des épingles à nourrice
- Pansements prévention/protection ampoules (Compeed, Urgo-Activ)
- Pansements adhésifs, compresses, bandes de contention (Velpeau, Urgo-Band)
- Désinfectant et antiseptique cutané (Bétadine, Dakin, Pharmadose)
- **Bandes adhésives** (Urgo-Strapping) : **obligatoire 1 rouleau par équipier**

Médicaments (demandez conseil à votre médecin) :

- Crèmes solaires et après solaires (peau et **lèvres**) à indices élevés (15 minimum)
- Brûlures : Biafine
- Démangeaisons : répulsifs moustiques, Parfenac, Apaisil, Eurax
- Collyres antiseptiques : Antalyre, Dacryosérum
- Anti-douleurs et anti-inflammatoires : Aspirine à croquer, Doliprane ou Efferalgan, Ibuprofène, Spasfon
- Antidiarrhéique : Tiorfan, Immodium, Arestal
- Pansement gastrique : Smecta, Maalox
- Gorge et nez : Actifed ou Rhinadvil, Lysopaïne

Les produits cités ci-dessus sont des marques déposées ®

Cette liste, non exhaustive, ne constitue en aucun cas une ordonnance.