

## Enduro2 Pairs-Format MTB Race (France / Switzerland / Italy)

### HEALTH QUESTIONNAIRE / QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

This bilingual health questionnaire is based on CERFA 15699\*01 (FFC - France)

*Ce questionnaire bilingue est basé sur le CERFA 15699\*01 (FFC - France).*

✔ Please answer the following questions truthfully. If you answer “YES” to any of the following, you must provide a medical certificate stating that you are fit to participate in competitive MTB/enduro cycling.

✔ *Veillez répondre honnêtement aux questions suivantes. Si vous répondez « OUI » à l'une d'elles, vous devez fournir un certificat médical indiquant que vous êtes apte à participer à une course de VTT/enduro.*

Question (EN)	Question (FR)	Yes / Oui	No / Non
Has a family member (under age 50) died suddenly in the last 12 months from a cardiac cause?	<i>Un membre de votre famille est-il décédé subitement de cause cardiaque avant l'âge de 50 ans au cours des 12 derniers mois ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you experienced chest pain during exercise in the past 12 months?	<i>Avez-vous eu des douleurs dans la poitrine à l'effort au cours des 12 derniers mois ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you experienced palpitations, irregular heartbeat, or fainting episodes during physical activity?	<i>Avez-vous eu des palpitations, un rythme cardiaque irrégulier ou des malaises à l'effort ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you experienced unusual shortness of breath or fatigue during exercise recently?	<i>Avez-vous ressenti un essoufflement inhabituel ou une fatigue excessive lors d'un effort physique ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you had any asthma attacks or breathing difficulties during physical effort?	<i>Avez-vous eu des crises d'asthme ou des difficultés respiratoires à l'effort ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you stopped sports activity for more than 30 consecutive days due to health reasons in the past year?	<i>Avez-vous interrompu toute activité sportive pendant plus de 30 jours consécutifs pour des raisons de santé au cours de l'année écoulée ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you currently undergoing long-term medical treatment (excluding contraception or allergy desensitization)?	<i>Suivez-vous actuellement un traitement médical de longue durée (hors contraception ou désensibilisation aux allergies) ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Do you currently feel pain or limitation due to a previous injury (bone, joint, or muscle)?	<i>Ressentez-vous actuellement une douleur ou une gêne liée à une blessure antérieure (os, articulation ou muscle) ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you believe you need a medical opinion before taking part in this event?	<i>Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical avant de participer à cette épreuve ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I have ticked 'YES' to any of the previous 9 questions and therefore acknowledge that I cannot participate without a valid medical certificate issued by a qualified medical practitioner OR a valid and current-year UCI **RACE** license

*J'ai coché « OUI » à l'une des 9 questions ci-dessus et je reconnais donc que je ne peux pas participer sans un certificat médical valide délivré par un professionnel de santé qualifié OU une licence UCI **RACE** valide et de l'année en cours.*

I certify that the above responses are accurate and complete. I understand that false declarations may affect my safety and insurance coverage.

*Je certifie que les réponses ci-dessus sont exactes et complètes. Je comprends que toute fausse déclaration peut compromettre ma sécurité et ma couverture d'assurance.*

Name / Nom: \_\_\_\_\_

Date of Birth / Date de Naissance: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_