

## Championnats de France de Nage en eau froide 2026

### Attestation sur l'honneur

*Document à renvoyer en version dématérialisée au service Offres de Pratiques de la FFN ([eau.froide@ffnatation.fr](mailto:eau.froide@ffnatation.fr)) ou présenté 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 Championnats de France de Nage en eau froide 2025/2026 tel qu'il est stipulé et publié par la FFN.
- M'engager à me conformer pleinement aux règles de la FFN obligatoires pour ma sécurité.
- Avoir pris connaissance des risques et des dangers induits par ma participation aux Championnats de France de Nage en eau froide 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 des Championnats de France de Nage en eau froide 2025/2026.

***Je reconnais participer aux Championnats de Nage en eau froide 2026 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 :

## Formulaire d'examen médical à compléter par un Médecin du Sport ou un Cardiologue accompagné d'un ECG

*Document à renvoyer en version dématérialisée au service Offres de Pratiques de la FFN ([eau.froide@ffnatation.fr](mailto:eau.froide@ffnatation.fr)) ou présenté sur place à l'officiel médical avant le début des épreuves.*

**Date de l'examen (valide pour 6 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 Eau Froide ;
- Que j'autorise la transmission de ces informations à l'officiel médical des Championnats de France de Nage Eau Froide 2026 ;
- Que je m'engage à informer l'officiel médical des Championnats de France de Nage Eau Froide 2026 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 Eau Froide (ou de la Nage en Eau Glacée) en compétition pour M. / Mme. \_\_\_\_\_**

Fait à : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

Adresse :

Mail : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Signature :