

FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE ET ACCEPTATION DES RISQUES

1) **RISQUES INHÉRENTS À L'ACTIVITÉ**

Je reconnais avoir été informé, et connaître les risques inhérents aux activités du club de canot et de kayak « La Cordelle ».

Les risques des activités auxquelles je vais participer sont, de façon plus particulière, mais non limitatives :

- Blessures dues à des chutes ou autres mouvements, (entorse, foulure, fracture, etc.);
- Blessures avec objet contondant ou coupant, (branche, roches, matériel, etc.);
- Froid ou hypothermie, contact avec l'eau, choc thermique ou noyade;
- Blessures résultant de contact accidentel ou non entre les individus;
- Allergie alimentaire;
- Brûlures ou troubles dus à la chaleur.



Initiales (si moins de 16 ans, initiales d'un parent)._____

2) **ÉTAT DE SANTÉ** (complétez et cochez)

Sexe : M / F Âge : _____ Allergie ? OUI / NON Si oui, précisez : _____

Êtes vous enceinte ? OUI / NON / N/A Si oui, depuis combien de mois _____

Prise de médicaments ? OUI / NON Si oui, précisez le nom du (des) médicament(s) et la posologie : _____

Avez-vous des problèmes de santé physique, émotionnels ou comportementaux qui directement ou indirectement vous limiteraient dans la pratique de l'activité à laquelle vous allez participer ? **Spécifiez**, ex. Problèmes respiratoires, cardiaques, diabète, de vision, de surdité, peur de l'eau / des hauteurs / des animaux, limitation de vos mouvements, etc. OUI / NON

Si oui, précisez : _____

Initiales (si moins de 16 ans, initiales d'un parent)._____

N.B. Si vous avez répondu oui à l'un des items de la section 2, VOUS DEVEZ RENCONTRER LE CHEF DE SORTIE ATTITRÉ AVANT CHACUNE DES SORTIES ET LUI EN FAIRE PART. J'accepte le risque additionnel qui pourrait entraîner une possible aggravation de mon état de santé.

Initiales (si moins de 16 ans, initiales d'un parent)._____

3) **CONFIRMATION DES RENSEIGNEMENTS ET ACCEPTATION DES RISQUES**

J'atteste que les renseignements consignés dans la présente fiche sont exacts, et cela au meilleur de ma connaissance. Je certifie ne pas avoir délibérément omis de renseignements sur mon état de santé pertinents ou non. Je suis conscient(e) que l'information contenue dans la présente fiche est confidentielle et vise à mieux planifier et encadrer la sécurité des activités auxquelles je participerai et qu'elle permettra au club de dresser un profil de ses membres. Je suis conscient(e) que les activités du club « La cordelle » se déroulent dans des milieux semi-naturels ou naturels possiblement accidenté qui, conséquemment, sont plus éloignés des services médicaux. Cet état de fait pourrait entraîner de longs délais lors d'une urgence nécessitant une évacuation, et par conséquent une possible aggravation de mon état ou de ma blessure. Ayant pris connaissance de ces risques et ayant eu l'occasion d'en discuter avec une personne responsable de l'activité, je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents aux activités et je suis en mesure d'entreprendre les activités ou les séjours en TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE ET EN ACCEPTANT LES RISQUES qu'ils peuvent comporter. Je m'engage aussi à jouer un rôle actif dans la gestion de ces risques en adoptant une attitude préventive à mon égard ainsi qu'à l'égard des autres personnes m'entourant dans le contexte d'une pratique autonome du canot et/ou du kayak. Le chef d'une sortie se réserve le droit de m'exclure ou d'exclure toute personne qu'il juge représenter un risque pour elle (lui) ou pour le reste du groupe. Je comprends qu'il m'est possible de quitter les activités pour un motif ou pour un autre.

Nom du participant (en lettres moulées) : _____

Signature : _____ Date : _____

Nom d'un parent (si moins de 16 ans, en lettres moulées) : _____

Signature d'un parent (si moins de 16 ans) : _____ Date : _____

J'ai vu et complété le verso _____

AUTORISATION À INTERVENIR EN CAS D'URGENCE

Adulte

Je, soussigné, autorise les membres du club « La cordelle » à prodiguer tous les premiers soins nécessaires. Je leur autorise également à prendre la décision dans le cas d'un accident à me transporter (par ambulance, hélicoptère, garde côtière ou autrement) dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire, le tout, s'il y a lieu, à mes propres frais, et m'engage à rembourser le club ou le membre au cas où ils doivent défrayer ces frais, qu'ils soient nécessaires ou non.



Nom (en lettres moulées) : _____

Signature : _____ Date : _____

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ MATÉRIELLE

Je soussigné, renonce par la présente à toute réclamation, ainsi qu'à toute poursuite en dommage et intérêts pour tous dommages aux biens et matériel m'appartenant (usure normale, perte, bris, vol, vandalisme).

Nom (en lettres moulées) : _____

Signature : _____ Date : _____

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____

Numéro de téléphone : (_____) _____ Autre numéro : (_____) _____

VOS COORDONNÉES

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
Jour/ Mois / année

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : (_____) _____ Autre numéro : (_____) _____

Adresse Courriel : _____

Note : la date de naissance est utilisée dans les rapports de stage pour différencier les homonymes ou éviter l'ouverture d'un nouveau dossier