

FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE ET ACCEPTATION DES RISQUES

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ CP : _____

Tel #1 : (_____) _____ Courriel : _____

1) RISQUES INHÉRENTS À L'ACTIVITÉ

Je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents aux activités qui font partis des programmes d' AVENTURES EN EAU VIVE

Les risques de l'activité de RAFTING / KAYAK / PAINTBALL à laquelle je vais participer sont, de façon plus particulière, mais non limitative; blessures dues à des chutes ou autres mouvements (entorse, foulure, fracture, etc.), blessures avec objet contondant ou coupant (branches, matériel, etc), froid ou hypothermie, blessures résultant de contacts accidentels ou non entre les individus, allergies alimentaires, contacts avec l'eau ou noyade (lors d'activité aquatique ou à proximité d'un cours d'eau) et brûlures ou troubles dus à la chaleur.

2) ÉTAT DE SANTÉ

Avez-vous des allergies ? OUI / NON Si oui, précisez : _____

Êtes-vous enceinte ? OUI / NON 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 chiens, limitation de vos mouvements, etc. OUI / NON

Si oui, précisez : _____

N.B. : Si vous avez répondu oui à l'un des items de la section 2, VOUS DEVEZ RENCONTRER LE GUIDE ET LUI EN FAIRE PART. À remplir seulement si vous avez répondu oui à l'un des items de la section 2 :

Après en avoir discuté avec une personne responsable d'AVENTURES EN EAU VIVE j'accepte le risque additionnel qui pourrait entraîner une possible aggravation de mon état de santé.

Initiales du participant ou 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 à AVENTURES EN EAU VIVE de dresser un profil de sa clientèle. Je suis conscient(e) que les activités offertes par AVENTURES EN EAU VIVE se déroulent dans des milieux semi-naturels ou naturels possiblement accidentés 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 l'activité ou le séjour en TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE ET EN ACCEPTANT LES RISQUES que peut comporter ce séjour ou cette activité. 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. Le guide se réserve le droit 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 la présente activité pour un motif ou pour un autre.

4) AUTORISATION À INTERVENIR EN CAS D'URGENCE

Je, soussigné, autorise EAU VIVE à prodiguer tous les premiers soins nécessaires. J'autorise également AVENTURES EN EAU VIVE 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.

Signature : _____ Date : _____

Signature du parent (si moins de 16 ans) : _____ Date : _____