### FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE ET D’ACCEPTATION DES RISQUES

***1) risques inhérents à l’activité***

# Je reconnais avoir été informé(e) sur les risques inhérents aux activités qui font partie du programme de(Nom de l’entreprise). Les risques de l’activité (nommer la ou les activités)à laquelle je vais participer sont, de façon plus particulière, mais non limitative (à ajuster au contexte de l’activité) :

* blessures dues à des chutes ou à d’autres mouvements (entorse, foulure, fracture, etc.);
* blessures avec objet contondant ou coupant, (branches, matériel, etc.);
* froid ou hypothermie;
* blessures résultant d’un contact accidentel ou non entre les individus;
* contact avec l’eau ou noyade (lors d’activités aquatiques ou à proximité d’un cours d’eau);
* brûlures ou troubles dus à la chaleur.

**Initiales :**  **Initiales d’un parent *(si moins de 14 ans)***

##### *2) État de santé*

## **Genre :** **Âge**:  **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 physiques, 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 :**

**Initiales :**  **Initiales d’un parent *(si moins de 14 ans)***

**N.B. : Si vous avez répondu oui à l’un des items de la section 2, vous devez rencontrer le responsable 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 de (Nom de l’entreprise)*,* j’accepte le risque additionnel qui pourrait entraîner une possible aggravation de mon état de santé.

**Initiales :**  **Initiales d’un parent *(si moins de 14 ans)***

***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 (Nom de l’entreprise) de dresser un profil de sa clientèle. Je suis conscient(e) que les activités offertes par (Nom de l’entreprise) 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(e) 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 s’il juge qu’elle représente un risque pour elle-même 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.

**Initiales : Initiales d’un parent *(si moins de 14 ans)***

***4) DROGUES ET ALCOOL***

Je m’engage à ne pas consommer, ne pas avoir en ma possession ni être sous l’effet de toutes drogues, substances illicites ou médicaments (sous ordonnance ou non) qui ne seraient pas mentionnés au point 2) du présent formulaire. Je confirme également (ne pas être sous l’effet de l’alcool / être en dessous de la limite d'alcoolémie de 80 mg par 100 ml de sang, communément appelée « point zéro huit ») et je m’engage à le demeurer **pour toute la durée** (de l’activité / du voyage / du séjour). Je suis conscient(e) que tout manquement à ces règles de ma part pourrait me voir être expulsé(e) sans préavis, et ce sans possibilité de remboursement.

**Initiales : Initiales d’un parent *(si moins de 14 ans)***

***5) DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ MATÉRIELLE***

Je renonce à toute réclamation, ainsi qu’à toute poursuite en dommages et intérêts, pour tous dommages aux biens et au matériel m’appartenant (usure normale, perte, bris, vol, vandalisme).

**Initiales : Initiales d’un parent *(si moins de 14 ans)***

###### *6) AUTORISATION À INTERVENIR EN CAS D’URGENCE*

## **Adulte**

J’autorise (Nom de l’entreprise) à prodiguer tous les premiers soins nécessaires. J’autorise également (Nom de l’entreprise) à prendre la décision, dans le cas d’un accident, de me transporter par ambulance, hélicoptère, bateau de la garde côtière ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire, le tout, s’il y a lieu, à mes propres frais.

**Initiales : Initiales d’un parent *(si moins de 14 ans)***

***PERSONNE À ContactER en cas d’urgence***

**Nom *(en lettres moulées)***: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**Lien avec le ou la participant(e) :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Téléphone** : \_\_\_\_\_ \_\_\_ **Courriel :** \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

***IDENTIFICATION DU OU DE LA PARTICIPANT(E)***

**Nom *(en lettres moulées)***: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

# **Signature** :  **Date** :

**Si enfant de moins de 14 ans**

**Nom d’un parent** ***(en lettres moulées)*** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **Signature** :  **Date** :