

FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE ET ACCEPTATION DES RISQUES

1) RISQUES INHÉRENTS À L'ACTIVITÉ

Je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents aux activités qui font partis du programme de *Excursions Jacques-Cartier*
 Les risques de l'activité Équitation 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.);
- Allergies alimentaire(collation);

Initiales S.V.P. _____	Initiales d'un parent (<i>si moins de 18 ans</i>) _____
------------------------	---

2) ÉTAT DE SANTÉ

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

Êtes vous enceinte ? OUI / NON Nos excursions en équitation sont interdites aux femmes enceintes.

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 des hauteurs, limitation de vos mouvements, etc. OUI / NON

Si oui, précisez : _____

Initiales S.V.P. _____	Initiales d'un parent (<i>si moins de 18 ans</i>) _____
------------------------	---

3) 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 de Excursions Jacques-Cartier, j'accepte le risque additionnel qui pourrait entraîner une possible aggravation de mon état de santé.

Initiales S.V.P. _____

4) 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 Excursions Jacques-Cartier de dresser un profil de sa clientèle. Je suis conscient(e) que les activités offertes par Excursions Jacques-Cartier 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 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 sans aucun remboursement**.

Nom du participant (en lettres moulées) : _____

Signature : _____ Date : _____

Nom d'un parent (si moins de 18 ans, en lettres moulées) : _____

Signature d'un parent (si moins de 18 ans) : _____ 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) : _____

Téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Signature : _____

Date : _____

AUTORISATION À INTERVENIR EN CAS D'URGENCE

Je, soussigné, autorise Excursions Jacques-Cartier à prodiguer tous les premiers soins nécessaires. J'autorise également Excursions Jacques-Cartier à prendre la décision dans le cas d'un accident à me transporter (par ambulance, hélicoptère ou autrement) dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire, le tout, s'il y a lieu, à mes propres frais.

Nom (en lettres moulées) : _____

Signature : _____

Date : _____