

# 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 qui font partie du programme de formation de Canot Kayak Québec

Les risques des activités auxquelles 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, (branche, roches, matériel, etc.);
- Froid ou hypothermie ;
- Blessures résultant de contact accidentel ou non entre les individus ;
- Allergie alimentaire ;
- Contact avec l'eau, choc thermique ou noyade ;
- 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 MONITEUR ET LUI EN FAIRE PART. Après en avoir discuté avec la personne responsable du stage, 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 moniteur de dresser un profil de sa clientèle. Je suis conscient(e) que ces activités de formation 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 stage. 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 Moniteur 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 la présente activité 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 : \_\_\_\_\_



## AUTORISATION À INTERVENIR EN CAS D'URGENCE

### Adulte

Je, soussigné, autorise (nom de l'enseignant) \_\_\_\_\_ à prodiguer tous les premiers soins nécessaires. Je l'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 l'enseignant au cas où il doit 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