

FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE



1- ÉTAT DE SANTÉ

Nom et Prénom : _____ Sexe : _____ Âge : _____
Nom et Prénom : _____ Sexe : _____ Âge : _____
Nom et Prénom : _____ Sexe : _____ Âge : _____
Adresse : _____
Personne à rejoindre en cas d'urgence : _____
Lien de parenté : _____ Téléphone : _____

TYPES	OUI	NON	
Allergie(s) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez: _____
Prise de médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom(s) et posologie: _____
Problèmes respiratoires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez: _____
Problèmes cardiaques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez: _____
Diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez: _____
Problèmes articulaires (Dos, genoux etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez: _____
Atteintes sensorielles (lunettes, surdité etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez: _____
Vertiges ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez: _____
Autres particularités médicales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez: _____

(   remplir seulement si vous avez répondu OUI à un des items de la section état de santé) Après avoir discuté avec une personne responsable de la Forêt de Maître Corbeau/Domaine Valga, j'accepte tous risques additionnels qui pourraient entraîner une possibilité d'aggravation de mon état de santé.

Initiales : _____

2- RISQUES INHÉRENTS    L'ACTIVITÉ

Je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents aux activités qui font partie du programme de la Forêt de Maître Corbeau/Domaine Valga. Les risques de l'activité du parcours aérien de la Forêt de Maître Corbeau/Domaine Valga à laquelle je vais participer sont, de façon particulière mais non limitative :

- Blessures dues à des chutes ou autres mouvements (entorse, foulure, fracture, etc.) :
- Blessures avec objet contondant (branches, matériel, etc.);
- Blessures résultant de contacts accidentels ou non entre les individus;
- Allergies alimentaires
- Contact avec l'eau ou noyade (lors d'Activités aquatiques ou à proximité d'un cours d'eau)

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

3- CONFIRMATION DES RENSEIGNEMENT ET ACCEPTATION DES RISQUES

J'atteste que les renseignements consignés dans la présente fiche sont exacts, et cela au meilleur de mes connaissances. Je certifie ne pas avoir délibérément omis de renseignements sur mon état de santé pertinents ou non. Je suis conscient 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 la Forêt de Maître Corbeau/Domaine Valga de dresser un profil de sa clientèle. Je suis conscient que les activités offertes par la Forêt de Maître Corbeau/Domaine Valga se déroulent dans des milieux semi naturels ou naturels possiblement accident  s qui, conséquemment, sont plus éloignés des services médicaux. Cet   tat de fait pourrait entraîner des 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 peuvent comporter 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 lui ou pour le reste du groupe. Je comprends qu'il m'est possible de quitter la présente activité pour un motif ou un autre.

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 etc.)

AUTORISATION    INTERVENIR EN CAS D'URGENCE

Je soussigné, autorise la Forêt de Maître Corbeau/Domaine Valga    prodiguer tous les premiers soins nécessaires. J'autorise également la Forêt de Maître Corbeau/Domaine Valga à prendre la décision de me transporter dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire, le tout, s'il y a lieu, à mes propres frais.

NOM et PRÉNOM (lettres moulées) : _____ Date : _____

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

IMPORTANT : O   avez-vous entendu parler de nous ? : _____