

FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE ET ACCEPTATION DES RISQUES

RISQUES INHÉRENTS À L'ACTIVITÉ

Je reconnais avoir été informé sur les risques inhérent au territoire et aux activités qui s'y déroulent. Les risques de l'activité à laquelle je vais participer sont, de façon plus particulière, mais non-limitatives

- 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 contact accidentel ou non entre les individus;
- Allergie alimentaire;
- Contact avec l'eau ou noyade (lors d'activité aquatique 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) _____

INFORMATION DU PARTICIPANT

Nom du participant (en lettres moulées) : _____

Date de naissance (AAAA-MM-JJ) : _____

Si enfant de moins de 14 ans

Nom d'un parent (en lettres moulées) : _____

Signature d'un parent: _____

ÉTAT DE SANTÉ

Sexe : _____ Allergie ? 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 : _____

CONTACT EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Téléphone : _____

Lien : _____

