

FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE ET ACCEPTATION DES RISQUES

ACTIVITÉ : **LA CHARLEVOIX** _____

1) RISQUES INHÉRENTS À L'ACTIVITÉ

Je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents aux activités qui font partis du programme de **PROJET VERTICAL**
Les risques de l'activité de via ferrata 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 S.V.P. _____

Initiales d'un parent (*si moins de 14 ans*) _____

2) ÉTAT DE SANTÉ

Sexe : _____ Âge : _____ 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 : _____

Initiales S.V.P. _____

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 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 Projet vertical, j'accepte le risque additionnel qui pourrait entraîner une possible aggravation de mon état de santé. **Initiales S.V.P.** _____

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 Projet vertical de dresser un profil de sa clientèle. Je suis conscient(e) que les activités offertes par Projet vertical 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. Le rôle de la cie McNicoll Itée est limité à la propriété et à l'exploitation des autres attractions du Site touristique. 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**.

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 de le demeurer pour toute la durée de l'activité. Je suis conscient que tout manquement à ces règles de ma part pourrait me voir être expulsé sans préavis, et ce sans possibilité de remboursement.

Nom du participant (en lettres moulées) : _____ **signature** : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ No téléphone : _____

Nom du participant (en lettres moulées) : _____ **signature** : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ No téléphone : _____

Nom du participant (en lettres moulées) : _____ **signature** : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ No téléphone : _____

Nom du participant (en lettres moulées) : _____ **signature** : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ No téléphone : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Province : _____ code postal : _____

Courriel : _____

J'accepte de recevoir de la publicité et/ou offre promotionnelle : Oui Non

J'autorise et j'accepte, sans contrepartie financière, la prise de photos ou vidéos pour un but de publicités ou de promotions.

Oui Non

Signature : _____ *Date* : _____

Contact en cas d'urgence : _____ Lien : _____

Téléphone : _____

Nom d'un parent (si moins de 14 ans, en lettres moulées) : _____

Signature d'un parent (si moins de 14 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) : _____

Signature : _____

Date : _____

AUTORISATION À INTERVENIR EN CAS D'URGENCE

Adulte

Je, soussigné, autorise **Projet vertical** à prodiguer tous les premiers soins nécessaires. J'autorise également **Projet vertical** 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.

Nom (en lettres moulées) : _____

Signature : _____

Date : _____

AUCUN REMBOURSEMENT SERA ÉMIS APRÈS AVOIR DÉBUTÉ L'ACTIVITÉ, SI VOUS NE COMPLÉTEZ PAS LE OU LES PARCOURS OU SI VOUS DÉCIDEZ D'ABANDONNER.