

## FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE ET ACCEPTATION DES RISQUES

Nom du participant (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom d'un parent (si moins de 16 ans, en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

### 1- DESCRIPTION DES RISQUES INHÉRENTS À L'ACTIVITÉ : Randonnée pédestre

Les risques des activités d'intervention par la nature et l'aventure à laquelle je vais participer sont, de façon plus particulière, mais non-limitatives :

#### I. Risques inhérents à la météo :

Malaises causés par le soleil (coups de soleil, coups de chaleur, déshydratation), malaises causés par le froid (hypothermie, engelures), foudre, précipitations (pluie, grain, grêle), noirceur, etc.

#### II. Risques inhérents à l'environnement :

Piqûres d'insectes (abeilles, guêpes, moustiques), herbe à puce, rencontre d'animaux sauvages, etc.

#### III. Risques inhérents à la pratique des activités de randonnée pédestre :

Chutes suite à une mauvaise manœuvre, blessure à la tête suite à une chute, blessures après s'être cogné (ecchymoses), étirements musculaires, foulures, fracture, essoufflement chronique, faiblesse musculaire (insuffisance physique pour terminer le parcours), mains éraflées, genoux éraflés, se perdre, blessures dues à l'utilisation du matériel (bâton de marche), difficultés d'accès à un participants qui a besoin d'aide, etc.

#### IV. Risques inhérents causés par les participants :

Mésententes de communication, incompréhension ou non respect des panneaux de signalisation ou des consignes, stress, consommation d'alcool ou de drogue, pression à performer, altercation entre individu (participants et personnel), non prise de médication, complications médicales causées par le stress ou la peur, etc.

Je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents à ma participation aux activités de Face aux vents.

Initiales S.V.P. \_\_\_\_\_ Initiales d'un parent (si moins de 16 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 ? OUI NON**

Exemple de problèmes : trouble de santé mentale diagnostiqué, respiratoires, cardiaques, diabète, vision, surdité, peur ou phobie (eau, hauteurs, des animaux), limitation de vos mouvements, handicaps physique, etc.

Si oui, précisez :

Initiales S.V.P. \_\_\_\_\_ Initiales d'un parent (si moins de 16 ans) \_\_\_\_\_

\*\*\* Si vous avez répondu oui à l'un des items de la section 2, vous devez discuter de votre situation avec le guide en chef de l'activité. Après en avoir discuté avec une personne responsable de Face aux vents, j'accepte le risque additionnel qui pourrait entraîner une possible aggravation de mon état de santé. **Initiales S.V.P.** \_\_\_\_\_

### 3- DROGUES ET ALCOOL

Je m'engage à ne pas consommer, ne pas avoir en ma possession et ni être sous l'effet de toutes drogues, substances illicites, alcool ou médicaments (sous ordonnance ou non) qui ne seraient pas mentionnés au point 2 du présent formulaire. Je suis conscient que tout manquement à ces règles pourrait me voir être expulsé sans préavis, et ce sans possibilité de remboursement.

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 Face aux vents de dresser un profil de sa clientèle. Je suis conscient(e) que les activités offertes par Face aux vents se déroulent dans des milieux semi-naturels ou naturels possiblement accidentés 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 ces activités. 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.

Signature : \_\_\_\_\_

Signature d'un parent (*si moins de 16 ans*): \_\_\_\_\_

### 5- 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.)

Signature : \_\_\_\_\_

Signature d'un parent (*si moins de 16 ans*): \_\_\_\_\_

### 6- AUTORISATION À INTERVENIR EN CAS D'URGENCE

Je, soussigné, autorise le personnel de Face aux vents à prodiguer tous les premiers soins nécessaires. J'autorise également le personnel de Face aux vents 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.

Signature : \_\_\_\_\_

Signature d'un parent (*si moins de 16 ans*): \_\_\_\_\_