

Date de naissance: /J. /M. /An.

## CONVENTION DE PARTICIPATION

### FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE ET D'ACCEPTATION DES RISQUES

Entre : Pagaie Totale (école de canotage, de kayak et de sauvetage en eau vive) et le participant.

Canot  Kayak  Sauvetage

Nom \_\_\_\_\_ (Tuteur) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Appt. \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tél.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Contact prioritaire (ICE): \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT ET **INITIALER CHAQUE PARAGRAPHE** :

ATTENDU QUE le participant demande de prendre part à l'une de ces activités suivantes: kayak d'eau vive, canotage en eau vive, sauvetage en eau vive : *En signant ce document, j'accepte que photos et vidéos où j'apparais soient utilisées/publiées à des fins promotionnelles.*

#### **LE PARTICIPANT SOUSSIGNÉ DÉCLARE CE QUI SUIT:**

- 1) Le pourvoyeur m'a expliqué, démontré et ce, à ma satisfaction, la nature, les risques et les dangers du \_\_\_\_\_ et, j'accepte ces risques. \_\_\_\_\_
- 2) Je suis conscient(e) que l'activité que j'entends pratiquer est dangereuse et qu'elle peut être la cause de pertes, blessures, traumatismes ou décès; j'autorise Pagaie Totale et ses représentants à intervenir en ma faveur lors d'un accident (traitement ou évacuation). \_\_\_\_\_
- 3) Je suis particulièrement conscient(e) qu'au cours d'une descente de rapides je peux chavirer et nager en tout endroit sur la rivière. \_\_\_\_\_
- 4) Je déclare que j'entends participer aux activités à mes propres risques, et que je dégage spécifiquement l'école Pagaie Totale, ses administrateurs ainsi que ses employés, de toutes responsabilités eu égard aux pertes et dommages matériels qui peuvent en résulter. \_\_\_\_\_
- 5) Je m'engage à suivre toutes les directives et instructions données par l'école, ses moniteurs, guides ou autres préposés et ce en tout temps. \_\_\_\_\_

**JE DÉCLARE AVOIR LU, COMPRIS ET ACCEPTÉ CHACUNE DES CLAUSES DE CETTE ENTENTE**

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ e jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

Participant (signature) \_\_\_\_\_ Pourvoyeur (signature) \_\_\_\_\_

Parent ou tuteur \_\_\_\_\_ (Nécessaire si le participant a moins de 18 ans.)

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

### A-

Oui Non

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Souffrez-vous d'un problème cardiaque connu <u>vous empêchant</u> de participer à une activité physique soutenue ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Ressentez-vous une douleur à la poitrine à l'effort ?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Une telle douleur est-elle survenue au cours des derniers mois ?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre reliés à un étourdissement ou vous arrive-t-il de perdre conscience ?      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires <u>pouvant s'aggraver</u> à l'effort ?                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Êtes-vous sous prescription pour des problèmes de tension artérielle ou cardiaque (diurétiques ou autres) ?        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Connaissez-vous <u>une autre raison</u> vous empêchant de faire une activité physique?                             |

### B- Souffrez-vous, avez-vous déjà souffert ou êtes-vous :

Oui Non

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | D'épilepsie  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | D'hémophilie   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | De troubles psychiatriques (bipolarité, maniaque-dépression, personnalité limite)      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | D'allergie grave (noix, arachides, insectes piqueurs, <u>anaphylaxie au froid...</u> ) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | D'asthme   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | De diabète   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HIV positif (Sida)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Êtes-vous enceinte ?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous subi une chirurgie au cours des six derniers mois ?                          |

Une réponse affirmative dans la section **A** nécessite une autorisation médicale écrite pour participer à nos formations. Si vous êtes sous médication, vous devez rencontrer et aviser le moniteur.

Une affirmation dans la section **B** vous oblige à une rencontre avec le moniteur / guide en charge de la formation ou de l'activité.

- Je déclare être à l'aise dans l'eau et savoir nager convenablement.
- Je déclare ne pas être sous l'influence de l'alcool ni aucune drogue et je m'engage formellement à ne pas en faire usage pendant la formation/activité.
- Je reconnais avoir lu, compris et accepté le présent document.

Signature (ou tuteur): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_