

## PROGRAMME PLEIN AIR

### Formulaire de reconnaissance et d'acceptation des risques

#### 1. Risques inhérents à l'activité

Je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents qui font partie du programme PLEIN AIR du CSPGNO. Les risques de l'activité à laquelle je vais participer sont, de façon plus particulière, mais non limitative :

- blessures dues à des chutes ou autres mouvements (entorse, foulure, fracture, etc.);
- blessures avec objet contondant ou coupant (branches, 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 svp : \_\_\_\_\_ Initiales du parent svp (si moins de 16 ans) : \_\_\_\_\_

#### 2. État de santé

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 (p. 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 svp : \_\_\_\_\_ Initiales du parent svp (si moins de 16 ans) : \_\_\_\_\_

N.B. : Si vous avez répondu oui, VOUS DEVEZ RENCONTRER L'ENSEIGNANT/E ET LUI EN FAIRE PART. Après en avoir discuté avec une personne responsable de PLEIN AIR, j'accepte le risque additionnel qui pourrait entraîner une possible aggravation de mon état de santé.

Initiales svp : \_\_\_\_\_ Initiales du parent svp (si moins de 16 ans) : \_\_\_\_\_

#### 3. Confirmation des renseignements et acceptation de 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 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 au CSPGNO de dresser un profil de ses participant/es. Je suis conscient/e que les activités offertes par le CSPGNO 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 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 participants. L'enseignant/e 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.**

Nom du/de la participant/e (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

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

Nom d'un parent (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

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

#### **DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ MATÉRIELLE**

**Je soussigné renonce par la présente toute réclamation, ainsi qu'à toute poursuite en dommage et intérêt pour tous dommages aux biens et matériel m'appartenant (usure normale, perte, bris, vol, vandalisme).**

Nom du/de la participant/e (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

#### **AUTORISATION À INTERVENIR EN CAS D'URGENCE**

Je soussigné autorise le CSPGNO à prodiguer tous les premiers soins nécessaires. J'autorise également le CSPGNO 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 du/de la participant/e (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

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