

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Numéro Téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse Internet \_\_\_\_\_

Sexe \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_

Coordonnées de deux personnes à rejoindre en cas d'urgence (autre que le numéro inscrit sur la fiche d'inscription).

1) Nom et prénom \_\_\_\_\_

Lien de parenté \_\_\_\_\_

Téléphone résidence \_\_\_\_\_ Bureau \_\_\_\_\_

2) Nom et prénom \_\_\_\_\_

Lien de parenté \_\_\_\_\_

Téléphone résidence \_\_\_\_\_ Bureau \_\_\_\_\_

**État de santé :**

Allergie ? non  oui  Précisez \_\_\_\_\_

Prise de médicaments ? non  oui  si oui, précisez le nom des médicaments \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

(Dans le cas des enfants) Prend-t-il lui-même ses médicaments ? non  oui   
Spécifiez \_\_\_\_\_

Problèmes de maux de tête ? non  oui  Précisez : \_\_\_\_\_

Avez-vous des problèmes respiratoires ? non  oui  Précisez : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà souffert de problèmes cardiaques ? non  oui

Précisez : \_\_\_\_\_

Êtes-vous atteint de diabète ? non  oui  Précisez : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu des problèmes articulaires ? (genoux, dos, épaules, chevilles, etc.)  
non  oui  Précisez : \_\_\_\_\_

Êtes-vous dépendant de la cigarette, de l'alcool ou de drogues ou de médicaments. (Nécessité de consommer ou difficulté de cesser.) non  oui  Précisez : \_\_\_\_\_



Avez-vous des atteintes sensorielles ? (lunettes, surdité, maladie de l' il, de l'ouïe, etc.)

non  oui  Précisez : \_\_\_\_\_

Problèmes émotionnels ou comportementaux (par exemple, les peurs) non  oui

Précisez : \_\_\_\_\_

Autres particularités médicales à signaler ? non  oui  Précisez : \_\_\_\_\_

Vaccins : Tétanos non  oui  Reçu le : \_\_\_\_\_

Autres vaccins (séjour à l'extérieur) :

NOM DU VACCIN

VACCIN REÇU LE...

NOM DU VACCIN	VACCIN REÇU LE...

*J'atteste que les informations consignées dans le présent questionnaire sont exactes, et cela au meilleur de ma connaissance. De plus, je certifie ne pas avoir délibérément omis de renseignements médicaux pertinents.*

Nom (lettres moulées) \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Parents ou responsable (si participant mineur) \_\_\_\_\_

Autorisé et vérifié par le guide (responsable) \_\_\_\_\_

N.B. : Si vous avez répondu oui à une des questions, veuillez rencontrer le guide S.V.P.



## FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE ET ACCEPTATION DES RISQUES

### 1) RISQUES INHÉRENTS À L'ACTIVITÉ

Je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents aux activités qui font partis du programme de **Chinook Aventure**

Les risques de l'activité **Entraînement par la marche nordique** 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, matériel, glace, etc.);
- Froid ou hypothermie;
- Accros, déchirure de vêtements accidentel
- Blessures résultant de contact accidentel ou non entre les individus;
- Allergie alimentaire ou autre;
- Contact avec l'eau ou noyade;
- Brûlures ou troubles dus à la chaleur.

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 ? **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 16 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 **Chinook Aventure**, 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 **Chinook Aventure** de dresser un profil de sa clientèle. Je suis conscient(e) que les activités offertes par **Chinook Aventure** 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. 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 représenté 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 participant** (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

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

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

Signature d'un parent (si moins de 16 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 Chinook Aventure à prodiguer tous les premiers soins nécessaires. J'autorise également Chinook Aventure 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 : \_\_\_\_\_

