Convention de Participation

Entre CHUTES COULONGE et le participant:

Nom	
Adresse	
Ville	
Prov/État	
Code Postal	
Téléphone	
Courriel	

Veuillez lire attentivement et <u>initialer</u> chacun des items suivants:

Il est entendu que le participant ci-haut mentionné demande de prendre part à des activités offertes sur le site des Chutes Coulonge: parcours d'hébertisme, tyroliennes et Via Ferrata.

Le participant soussigné déclare que:		
1	Le personnel de Chutes Coulonge m'a **expliqué, illustré, démontré et ce, à ma satisfaction, la nature, les risques et les dangers** de participer aux d'activités d'hébertisme, tyroliennes, Via Ferrata et autre activités offertes par le site. Je suis en mesure d'entreprendre l'activité en **TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE**. En conséquence, **J'ACCEPTE LES RISQUES INHÉRENTS** découlant des activités offertes.	
2	**JE SUIS LE SEUL** et le meilleur juge de mon degré d'habilité pour participer à cette activité. **JE SUIS CONSCIENT(E)** que l'activité que j'entends pratiquer est **dangereuse et qu'elle peut être la cause de blessures, pertes, traumatismes ou décès.** Les risques sont, de façon plus particulière, mais non limitative: blessures dues à des chutes ou autres mouvements (entorse, foulure, fracture, etc.…), blessures avec objets coupants (branches, matériel, etc.…). froid ou hypothermie ; blessures résultant de contact accidentel ou non entre les individus ou les animaux ; contact avec l'eau ou noyade pour ce qui est de l'activité pratiquée près d'un courant d'eau ; brûlures ou troubles dus à la chaleur ; allergie alimentaire.	
3	**JE M'ENGAGE À SUIVRE** toutes les directives et instructions données par les Chutes Coulonge, ses guides et instructeurs ou tous autres employés. En tout temps, **JE M'ENGAGE** à correctement porter et d'utiliser des équipements de sécurité fournis par les Chutes Coulonge. **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.	
4	**JE SUIS CONSCIENT(E)** que les activités se déroulent dans des milieux naturels. Je reconnais que le site est plus éloigné des services médicaux. Cet état de fait pourrait entraîner de longs délais lors d'une urgence nécessitant une évacuation. **J'AUTORISE** le personnel des Chutes Coulonge à pratiquer les premiers soins nécessaires s'il y a lieu.	
5	**JE M'ENGAGE** à assumer personnellement toutes dépenses ou frais encourus causés par mes actions.	
6	**JE DECLARE** être en bonne santé physique et mentale et je ne souffre d'aucun handicap ou condition physique pouvant constituer un danger en rapport avec ma participation à l'activité et accepte d'y participer librement; **JE DECLARE** de ne pas être sous l'influence d'alcool ni de drogues et je m'engage formellement à ne pas en faire usage au cours de l'activité.	
7	**L'opérateur 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 sans remboursement.	
8	**J'AUTORISE** les Chutes Coulonge à utiliser, à des fins publicitaires/ventes les photos et vidéos dans lesquels je figure et je renonce à tous droits relatifs à celles-ci.	

<u>Je reconnais avoir lu, compris et complété la convention et j'accepte chacune des clauses de cette entente.</u>
S.V.P. réécrire la phrase ci-haut.

_____

_____

Nom du participant _____ (lettre moulée)

DATE : _____

Signature du participant Signature d'un témoin Signature d'un parent ou tuteur
Si moins de 16 ans

Convention de Participation

Entre CHUTES COULONGE et le participant:

Questionnaire médical

Oui	Non	
		1- Souffrez-vous de maladies du coeur?
		2-Ressentez-vous des douleurs à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique?
		3-Éprouvez-vous des problèmes d'étourdissements ou d'évanouissements?
		4-Prenez-vous des médicaments pour de la haute pression ou problèmes cardiaques?
		5-Faites-vous de l'arthrite ou autres problèmes osseux?
Souffrez-vous ou avez vous déjà souffert de:		
		Épilepsie?
		Hémophilie?
		Troubles psychiatriques ?
		Allergies ? SPÉCIFIEZ:
		Asthme?
		Diabète?
		Problèmes de vision ?
		Problèmes auditifs ?
		Etes-vous enceinte?
		Avez-vous subit une chirurgie au cours des 6 derniers mois?
		SPÉCIFIEZ:
		Y a-t-il une autre raison non mentionnée si haut qu'il serait bon de nous communiquer ; nous devons veiller à offrir des premiers soins adéquats en cas de besoin?
		SPÉCIFIEZ:
Initiales SVP		J'atteste que les renseignements consignés dans la présente fiche sont exacts et cela au meilleur de ma connaissance. Je certifie ne pas avoir intentionnellement omis des renseignements sur mon état de santé.

Le nom imprimé et les initiales du personnel de Chutes Coulonge qui a vérifié cette information

_____ _____

Comment avez-vous entendu parler de nous? Cochez la case appropriée.

J'ai déjà visité le site		
D'un ami/famille		
Dépliant		
Notre site web		
Quotidien/journaux		lequel?
Magazine/revue		lequel?
Radio/télé		lequel?
Autres		s.v.p spécifiez:

Signature du participant Signature d'un témoin Signature d'un parent ou tuteur
Si moins de 16 ans