



255, route Principale – 307 Nord Val-des-Monts (Québec), J8N 4B7 (819) 457-4033 / 1-877-457-4033 www.aventurelafleche.ca

Formulaire d'inscription

Date : _____

Groupe : _____

Heure de départ : _____

PARTICIPANT À L'ACTIVITÉ DU PARC AÉRIEN D'AVENTURE LAFLÈCHE :

Prénom : _____ Nom : _____ Ville : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Téléphone : (____) _____ - Adresse courriel : _____

Risques inhérents à l'activité

Les risques de l'activité du PARC AÉRIEN 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, (branche, matériel, etc.) Froid ou hypothermie; blessures résultant de contact accidentel ou non entre les individus; allergie alimentaire; contact avec l'eau ou noyade pour ce qui est de l'activité pratiquée à proximité d'un cours d'eau; brûlures ou troubles dus à la chaleur.

ÉTAT DE SANTÉ :

Sexe : _____ Âge : _____

Encerclez OUI ou NON, S.V.P.

OUI / NON Avez-vous des allergies?

Précisez : _____

OUI / NON Prenez-vous des médicaments?

Précisez : _____

OUI / NON Êtes-vous vous enceinte?

Combien de mois? : _____

OUI / NON Avez-vous des problèmes de santé physique, émotionnels ou comportementaux qui directement ou indirectement vous limiteraient dans la pratique de l'activité du parc aérien? (Problèmes respiratoires, cardiaques, d'articulation, de vision, diabète, surdité, peur des hauteurs, peur des chiens, limitations de mouvement, etc.)

Précisez : _____

Avez-vous des problèmes d'articulation

Épaule		Cou	
Coude		Hanches	
Bras		Genou	
Poignet		Cheville	
Doigt		Pied	
Main		Orteils	
Autre :			
Précision :			

N.B. Si vous avez répondu oui à l'un des items dans la section ÉTAT DE SANTÉ, VOUS DEVEZ RENCONTRER LE GUIDE ET LUI EN FAIRE PART. Après avoir discuté avec une personne responsable d'Aventure Laflèche, j'accepte le risque additionnel qui pourrait entraîner une possible aggravation de mon état de santé. **Initiales S.V.P.** _____

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 AVENTURE LAFLÈCHE de dresser un profil de sa clientèle. Je suis intéressé ___ je ne suis pas intéressé ___ (mettre un crochet) à recevoir dans l'avenir de la documentation informationnelle ou promotionnelle de AVENTURE LAFLÈCHE. Je suis conscient(e) que les activités offertes par AVENTURE LAFLÈCHE se déroulent dans des milieux semi naturels ou naturels qui, conséquemment, sont plus éloignés des services médicaux. Cet état de fait pourrait entraîner de longs délais lors d'une urgence nécessitant une évacuation (temps avant d'arriver à l'hôpital). 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 d'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. 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.

Nom : _____ Signature : _____

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

Date : _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom (en lettres moulées) : _____

Numéro de téléphone : _____

PAIEMENT: _____