



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

Convention de participation entre AVENTURE LAFLÈCHE et le participant

DATE : _____

**DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉS, RENONCIATION AUX RÉCLAMATIONS, ACCEPTATION DES RISQUES ET
CONVENTION D'INDEMNISATION. EN SIGNANT CE DOCUMENT VOUS ALLEZ RENONCER À CERTAINS
DROITS LÉGAUX, Y COMPRIS CELUI D'INTENTER DES POURSUITES JUDICIAIRES.**

Appelez vos
initiales

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
PRÉNOM	NOM DE FAMILLE
<input type="text"/>	
ADRESSE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
VILLE	PROVINCE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDICATIF RÉGIONAL # DE TÉLÉPHONE	CODE POSTAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDICATIF RÉGIONAL # DE TÉLÉPHONE	DATE DE NAISSANCE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDICATIF RÉGIONAL # DE TÉLÉPHONE	DATE DE NAISSANCE

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

<input type="text"/>	<input type="text"/>
PRÉNOM	NOM DE FAMILLE
<input type="text"/>	
ADRESSE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
VILLE	PROVINCE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDICATIF RÉGIONAL # DE TÉLÉPHONE	CODE POSTAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDICATIF RÉGIONAL # DE TÉLÉPHONE	DATE DE NAISSANCE

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

	OUI	NON
Souffrez-vous de maladies du cœur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous des douleurs à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éprouvez-vous des problèmes d'étourdissements ou d'évanouissements?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faites-vous de l'arthrite ou autres problèmes osseux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des médicaments pour de la haute pression ou problèmes cardiaques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous d'autres médicaments? SPÉCIFIEZ :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des allergies? SPÉCIFIEZ :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

Épilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémophilie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles psychiatriques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies? SPÉCIFIEZ :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de vision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes auditifs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous subi une chirurgie au cours des 6 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPÉCIFIEZ :		
Y a-t-il une autre raison, non mentionnée ci-haut, qui serait bon de nous communiquer? Nous devons veiller à offrir des premiers soins adéquats en cas de besoin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPÉCIFIEZ :		
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature du participant

Signature d'un parent ou tuteur
si moins de 16 ans

Signature d'un employé
du parc aérien

Veillez lire attentivement et parapher chacun des items suivants :

Il est entendu que le participant, ci-haut mentionné, demande de prendre part à des activités offertes sur le site d'Aventure Lafèche : Parcours d'hébertisme, tyroliennes et/ou via ferrata.



LE PARTICIPANT SOUSSIGNÉ DÉCLARE QUE :

APPOSEZ VOS
INITIALES

1.	JE SUIS LE SEUL et le meilleur juge de mon degré d'habileté à participer à cette activité. JE SUIS CONSCIENT(E) du danger de l'activité et qu'elle peut être la cause de blessures, pertes, traumatismes ou décès. Les risques sont, plus particuliers, mais non limitatives : blessures dues à des chutes ou autres mouvements (entorses, foulures, fractures, etc.), blessures avec objets coupants (branches, matériel, 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.	<input type="text"/>
2.	JE M'ENGAGE À SUIVRE toutes les directives et instructions données par Aventure Lafèche, ses guides et instructeurs ou tout autre employé. En tout temps, JE M'ENGAGE à porter et utiliser des équipements de sécurité fournis par Aventure Lafèche. 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.	<input type="text"/>
3.	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 d'Aventure Lafèche à pratiquer les premiers soins nécessaires, s'il y a lieu.	<input type="text"/>
4.	JE M'ENGAGE à assumer personnellement toutes les dépenses ou frais encourus causés par mes actions.	<input type="text"/>
5.	JE DÉCLARE ÊTRE EN BONNE SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE et que je ne souffre d'aucun handicap, ma condition physique me constitue pas un danger à la participation de l'activité et que j'accepte d'y participer librement; JE DÉCLARE ne pas être sous l'influence de l'alcool ni de drogues et je m'engage formellement à ne pas en faire usage au cours de l'activité.	<input type="text"/>
6.	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.	<input type="text"/>
7.	J'AUTORISE Aventure Lafèche 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.	<input type="text"/>

Je reconnais avoir lu, compris et complété la convention et j'accepte chacune des clauses de cette entente.

SVP, réécrire la phrase ci-haut.

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

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| J'ai déjà visité le site | <input type="checkbox"/> | |
| D'un ami / famille | <input type="checkbox"/> | |
| Dépliant | <input type="checkbox"/> | |
| Notre site Internet | <input type="checkbox"/> | |
| Quotidien / Journaux | <input type="checkbox"/> | Lequel? _____ |
| Magazine / Revue | <input type="checkbox"/> | Lequel? _____ |
| Radio / Télévision | <input type="checkbox"/> | Lequel? _____ |
| Autres | <input type="checkbox"/> | SVP, spécifiez : _____ |

Signature du participant

Signature d'un parent ou tuteur
si moins de 16 ans

Signature d'un employé
du parc aérien