

# FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE ET ACCEPTATION DE RISQUES

## 1. RISQUES INHÉRENTS À L'ACTIVITÉ

Je, \_\_\_\_\_, autorise mon (mes) enfant(s), \_\_\_\_\_, à participer à un programme de vélo de montagne Trail Trybe. Je reconnais que les risques inhérents au sport du vélo de montagne incluent (mais ne sont pas limités) à:

- Blessures dues à des sauts, descentes, pentes abruptes, racines, boue, roches, ponts (fracture, entorse, coupures, etc.) ou avec objet contondant ou coupant, (branches, matériel, 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.

Je reconnais que la pratique de ce sport comporte des risques et je reconnais que ces risques peuvent varier en sévérité d'une personne à l'autre, selon son état de santé, sa condition physique, son comportement vis à vis les règlements mis en place par le programme, et son habileté technique. **Initiales:** \_\_\_\_\_

## 2. ÉTAT DE SANTÉ

Âge: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_ Allergies: OUI/NON Si oui, précisez: \_\_\_\_\_  
Médicaments: OUI/NON Si oui: préciser et posologie: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant a des problèmes de santé physique, émotionnels ou comportementaux qui directement ou indirectement qui le/la limiteraient dans la pratique de l'activité de vélo Trail Trybe? (Si oui, spécifiez, par exemple problèmes respiratoires, cardiaques, diabète, vision, phobies, limitation de vos mouvements, etc. OUI / NON Si oui, précisez: \_\_\_\_\_ **Initiales:** \_\_\_\_\_

*N.B.: Si vous avez répondu oui à l'un des items de la section 2, VOUS DEVEZ RENCONTRER UN(E) RESPONSABLE DU GROUPE ET LUI EN FAIRE PART AVANT LE DÉBUT DE LA SORTIE.*

*(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 TRAIL TRYBE, j'accepte le risque additionnel qui pourrait entraîner une possible aggravation de l'état de santé de mon enfant. **Initiales:** \_\_\_\_\_

## 3. CONFIRMATION DES RENSEIGNEMENTS ET ACCEPTATION DES RISQUES

J'atteste que les renseignements consignés dans la présente fiche et dans le formulaire d'inscriptions sont exacts, et cela au meilleur de ma connaissance. Je certifie ne pas avoir délibérément omis de renseignements sur l'état de santé de mon enfant, pertinents ou non. Je suis conscient(e) que les activités offertes par TRAIL TRYBE se déroulent dans des milieux semi-naturels ou naturels possiblement accidentés qui, conséquemment, sont plus éloignés des services médicaux. Ceci pourrait entraîner de longs délais lors d'une urgence nécessitant une évacuation, et par conséquent, une possible aggravation de l'état de santé ou d'une blessure d'un participant. Ayant pris connaissance de ces risques et ayant eu l'occasion d'en discuter avec une personne responsable de l'activité, je reconnais avoir pris pleinement conscience des risques inhérents aux activités et que mon enfant est 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 activité.

Je m'engage aussi à jouer un rôle actif dans la gestion de ces risques en adoptant une attitude préventive à l'égard de la participation de mon enfant. Les responsables se réservent le droit d'exclure toute personne qu'ils(elles) jugent représenter un risque pour elle (lui) ou pour le reste du groupe. Je comprends qu'il est possible pour mon enfant de quitter l'activité pour un motif ou un autre. Si la situation change d'ici l'arrivée ou pendant le service, j'aviserai les responsables du programme. **Initiales:** \_\_\_\_\_

## 4. 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.) **Initiales:** \_\_\_\_\_

## 5. AUTORISATION À INTERVENIR EN CAS D'URGENCE

Je, soussigné, autorise TRAIL TRYBE à prodiguer tous les premiers soins nécessaires en cas d'urgence. J'autorise également

TRAIL TRYBE à prendre la décision dans le cas d'un accident à transporter mon enfant par ambulance dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire, le tout, s'il y a lieu, à mes propres frais.

Contact d'urgence: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

J'autorise le personnel Trail Trybe à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence. De plus, je déclare que les renseignements donnés sur la fiche médicale sont véridiques et complets. Je considère que mon(mes) enfant(s) est(sont) apte(s) à participer au programme de vélo Trail Trybe. Si la situation change d'ici l'arrivée du service, j'aviserai le personnel. **Initiales:** \_\_\_\_\_

#### 6. PHOTOS

J'autorise la prise de photo ou de vidéo à des fins éducatives ou de promotion du camp/club. **OUI/NON**

**Initiales:** \_\_\_\_\_

#### 7. Baignade

J'autorise la baignade de mon(mes) enfant(s) à une destination sans sauveteur, sous la surveillance des moniteurs. **OUI/NON**

Mon (mes) enfant(s) \_\_\_\_\_ est (sont) capables de nager de façon autonome. **Initiales:** \_\_\_\_\_

#### 8. DÉPART

J'autorise mon(mes) enfant(s) à signaler lui-même (eux-mêmes) son(leur) départ au responsable de son (leur) groupe lorsque la sortie est terminée.

**Initiales:** \_\_\_\_\_

#### 9. ÉQUIPEMENT

Je confirme que l'équipement de mon(mes) enfant(s) est dans un état qui permet une participation sécuritaire au camp.

**Initiales:** \_\_\_\_\_

#### 10. CODE DE CONDUITE

Je confirme avoir partagé et discuté du code de conduite des participants avec mon jeune.

**Initiales:** \_\_\_\_\_

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