

Fiche d'inscription

Prénom
Nom
Date de naissance AAAA / MM / JJ Sexe H / F
No Ass Maladie
Email
Téléphone
Adresse

État de santé (Si oui, précisez) oui / non

Allergies	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Médicaments	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Si oui, la posologie	
Diabète	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Femme enceinte	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Lunette	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Surdité	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Problèmes respiratoires	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Problèmes musculaires	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Problèmes articulaires	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Autres particularités médicales	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

Avez-vous peur de l'eau	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Avez-vous de la difficulté à nager	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

Finalement, si j'ai répondu oui à une des questions ci-haut, VOUS DEVEZ EN DISCUTER AVEC LE GUIDE RESPONSABLE.

Initiales
Initiales du parent (si moins de 16 ans)

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 ChamoX de dresser un profil de sa clientèle.

Reconnaissance et acceptation des risques

Je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents aux activités de kayak, baignade, tyrolienne, d'escalade de rocher et de glace qui font partis du programme de ChamoX. Ces risques sont, de façon plus particulière, mais non-limitative :

- Blessures dues à des chutes ou autres mouvements, (entorse, fracture, contusion, etc.)
- Blessures avec objet contondant ou coupant (branches, matériel, chute de pierre ou glace)
- Froid, hypothermie, coup de chaleur ou hyperthermie.

- Blessures résultants de contact 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
- Avalanche, chute de glace, de pierre ou tout autre objet.

De plus, je suis conscient(e) que les activités ou les séjours offerts par ChamoX 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. Ayant pris connaissance de ces risques et ayant eu l'occasion d'en discuter avec une personne responsable de l'activité, 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 à respecter les consignes données par le responsable de l'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 individus m'entourant. Le Guide se réserve le droit d'exclure toute personne qu'il juge présenté 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.

Je suis aussi informé de la politique concernant l'alcool et les drogues dans les activités de ChamoX, la limite maximale est fixée à 0,08 % d'alcool et de 0 % pour la drogue.

Initiales
Initiales du parent (si moins de 16 ans)

Autorisation à intervenir en cas d'urgence (adulte seulement)

Je, soussigné, autorise ChamoX et ses représentants à me prodiguer tous les premiers soins nécessaires.

J'autorise également la ChamoX et ses représentants à prendre la décision, dans le cas d'un accident, de me transporter (par ambulance, hélicoptère, garde côtière ou autrement) dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Initiales
Initiales du parent (si moins de 16 ans)

Responsabilité matériel

Je, soussigné, renonce par la présente à toute réclamation, ainsi qu'à toute poursuite en dommage et intérêts pour tous dommages aux biens matériels m'appartenant. (Usure normale, perte, bris, vol, vandalisme.)

Je soussigné, m'engage à indemniser ChamoX pour la perte, le bris, le vol ou le vandalisme causé à du matériel qui m'est confié ou loué durant l'activité ou le séjour. Ceci exclu bien sûr l'usure normale du matériel.

Nom
Signature
Signature du parent (si moins de 16 ans)
Date