

Numéro de client: _____

Moulinette

Premier de cordée

Formulaire de reconnaissance et acceptation des risques

Nom :		Prénom :	
Adresse :		Ville :	Code Postal :
<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme.		Date de naissance (jour/mois/année) :	
Téléphone à la maison :		Téléphone au travail :	
Courriel :		<input type="radio"/> <i>Je désire recevoir les promotions du Centre d'escalade Délire par courriel.</i>	

En cas d'urgence

Nom de la personne à rejoindre:		Lien :	
Téléphone à la maison:		Téléphone au travail :	

Je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents aux activités qui font parties du programme du **Centre d'escalade Délire inc.**

Les risques de l'activité **d'escalade** 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, (prises, matériel, murs, etc.);
- Blessures résultant de contact accidentel ou non entre les individus;

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 au Centre d'escalade Délire inc. de dresser un profil de sa clientèle. 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 l'activité en **TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE ET EN ACCEPTANT LES RISQUES** que peut comporter 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. Le Centre d'escalade Délire inc. 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.

Je soussigné, autorise par la présente le Centre d'escalade Délire inc. à utiliser des photographies ainsi que du matériel vidéo à des fins publicitaires sans aucune compensation quelle qu'elle soit.

Initiales S.V.P. _____ **Initiales d'un parent (si moins de 16 ans)** _____



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.)

Nom du participant (*en lettres moulées*) : _____

Signature : _____ *Date* : _____

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

Signature : _____ *Date* : _____

