

Date de l'activité :

Prénom : _____	Nom : _____		
Adresse : _____			
Rue	Ville	Province	Pays
Code Postal : _____	Téléphone : (    ) _____		
Courriel : _____			

#### INFO-SANTÉ

Date de naissance : \_\_\_\_\_

            Jour                      Mois                      Année

Personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_ Téléphone : (    ) \_\_\_\_\_

Êtes-vous enceinte?                      Oui      Non                      Initiale  
                            du guide

Souffrez-vous de :		Si oui spécifiez svp :	
-Vertiges	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
-Allergies (noix, insectes)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
-Troubles cardiaques (crise d'angine)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
-Troubles physiques (opérations)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
-Autres (asthme, diabète, surdité)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

#### Reconnaissance et acceptation des risques

Je, soussigné, déclare être conscient des dangers, des exigences physiques et techniques de l'activité. Je m'engage à suivre toutes les directives et instructions données par les guides ainsi qu'à respecter toute la réglementation écrite. De plus, je reconnais avoir fait l'énumération complète de toutes formes d'incapacité physique. Par conséquent, je déclare qu'il n'existe aucune raison de nature médicale qui pourrait m'empêcher de participer aux activités.

Je consens également à ce que les activités auxquelles je prendrai part puissent être interrompues, sans remboursement, advenant le cas où un membre du personnel me jugeait inapte à prendre part aux activités en raison de mon état ou de mon comportement et ce, de manière à assurer ma sécurité, mon bien-être ou celui des autres participants ou pour tout autre motif jugé valable et raisonnable.

Pour ma sécurité, j'accepte d'assumer les frais pouvant être liés à mon évacuation et celle de mes biens et laisse au seul jugement des guides d'en choisir le moyen approprié.

Je reconnais être seul responsable de mes biens propres, laissés à la consigne ou non, et ce, même en cas de perte, vol ou dommage. De plus, je prends la responsabilité d'assumer les frais de réparation ou remplacement de l'équipement emprunté en cas de bris ou de perte.

Finalement, j'autorise Arbraska ainsi que ses licenciés, à utiliser, à des fins publicitaires, toutes représentations sous formes d'images vidéos ou photographiques dans lesquelles je pourrai figurer.

Je reconnais avoir lu, compris et accepté tous les termes et conditions énoncés sur ce formulaire et je participe de plein gré, sans influence aucune, aux activités. Une autorisation est exigée pour les participants de moins de 16 ans.

\_\_\_\_\_  
Nom du participant en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Date (jour/mois/année)

\_\_\_\_\_  
Signature du participant (16 ans et +)