

Entente de comportement du participant

- Je vais porter correctement en tout temps un aide individuel de flottaison approuvé lorsque je suis en canot, sur la rive de l'eau vive ou en nageant dans l'eau vive.
- Je vais porter un casque protecteur dûment attaché sur ma tête en tout temps en navigant l'eau vive ou près de l'eau vive.
- Je vais adhérer au système de copain. Je vais en tout temps travailler avec mon copain pour m'assurer de notre sécurité mutuelle lors des activités, des voyages et des expéditions.
- Je comprends qu'au besoin, on peut me demander d'assumer le rôle de personne secours au bas des rapides avec un sac de secours ou en embarcation et d'accomplir ce rôle de façon diligente. Je comprends en plus que je serai entraîné pour accomplir cette fonction au début d'un cours ou d'une excursion.
- Je vais rapporter à la personne responsable, toutes blessures, toutes maladies ou tous malaises physiques.
- Je vais discuter avec la personne responsable toutes inquiétudes sur la sécurité que je crois percevoir. Je suis conscient que je ne serai jamais forcé à faire quelque chose que je ne suis pas d'accord ou que je trouve dangereux.
- Je vais en tout temps me comporter de façon sécuritaire pour le bien du groupe et des participants.
- La consommation d'alcool ou de drogues illicites est interdite.
- Je vais travailler en coopération avec l'instructeur, le guide et/ou la personne responsable, surtout en temps de crise.
- Je vais rapporter à la personne responsable tous dommages à l'équipement.
- Toutes infractions des règles ci-dessus dépendant de la sévérité peuvent mener à une exclusion des activités et/ou une suspension interne et/ou externe et/ou un échec du cours.

Je confirme que j'ai lu ce document. Je comprends ce document et j'accepte de me soumettre aux standards établis dans ce document.

(signature du participant)

(date)

(signature du parent/tuteur)

**Fiche médicale du participant
PLEIN AIR**

Nom du participant : _____ Âge : _____

Numéro de téléphone : _____

Numéro de la carte santé : _____

Nom de la personne contact en cas d'urgence : _____

Numéro de téléphone : _____ (domicile) _____ (travail)

Allergies (insectes, nourriture, médicaments, etc.) _____

Identifie toutes conditions médicales : _____

Prends-tu des médicaments? _____ Si oui, quels sont-ils? _____

Identifie toutes considérations diététiques :

(signature du participant)

(date)

(signature du parent)