

ACCEPTATION DE RISQUES - PARCOURS ACROBANCHE - TREMBLANT

DÉCLARATION

- * Je reconnais avoir lu le **règlement** intérieur affiché au parcours Acrobranche.
- * Je m'engage à assister avec attention à la **séance d'initiation**, appliquer avec rigueur l'ensemble des **règles de** sécurité et adopter une attitude préventive à mon égard ainsi qu'à l'égard des personnes m'entourant.
- * Je suis le seul et le meilleur juge de mon degré d'habileté pour participer à cette activité et **je suis conscient des risques** additionnels éventuels auxquels je m'expose en connaissance de cause.
- * Je suis invité à visiter les installations et m'informer de l'activité avant de m'inscrire. Aucun billet ne sera remboursé.
- * Je **renonce 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).
- * J'autorise Aventures Adikt à prodiguer les **premiers soins** nécessaires, à prendre la décision dans le cas d'un accident de me transporter (patrouille, ambulance) dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire, le tout, s'il y a lieu, à mes propres frais.
- * Je m'engage à informer un opérateur en cas de problème de santé pouvant influencer la pratique. Acrobranche n'est pas autoriser aux femmes enceintes.

A COMPLÉTER

Âge :

Allergie ? Oui / Non Si Oui, précisez :

Prise de médicaments ? Oui / Non
Si Oui, précisez le nom du médicament et la posologie :
.....

Problèmes de santé physique ou émotionnels? Oui / Non
Si Oui (respiratoires, cardiaques, diabète, de vision, de surdité, etc...)
précisez:

Par quel intermédiaire avez-vous connu Acrobranche?

Site Web: Lequel:
Pamphlet: Où:
Presse: Précisez:
Hôtel : Lequel:
Autre :

Courriel :

Date:

Nom -Prénom en lettres moulées :

Signature :

Si je suis âgé(e) de moins de 16 ans, la signature d'une personne responsable et majeure est obligatoire.

Nom -Prénom en lettres moulées :

Signature du responsable :