

**1) IDENTIFICATION**

Nom du client : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Province / État : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Assurance en cas d'accident : RAMQ oui / non Autre assurance : précisez \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**2) COORDONNÉES D'UNE PERSONNE À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
Tél. résidence : \_\_\_\_\_ Tél. bureau : \_\_\_\_\_ Tél. cell : \_\_\_\_\_

**3) ÉTAT DE SANTÉ** *PRIÈRE D'UTILISER LE VERSO DE CETTE PAGE SI VOUS MANQUEZ D'ESPACE*

Sexe : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Allergie ? OUI / NON Si oui, précisez : \_\_\_\_\_  
Êtes vous enceinte ? OUI / NON Si oui, depuis combien de mois \_\_\_\_\_  
Prise de médicaments ? OUI / NON Si oui, précisez le nom du (des) médicament(s) et la posologie : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avez-vous des problèmes de santé physique, émotionnels ou comportementaux qui vous limiteraient dans la pratique de l'activité à laquelle vous allez participer ? Spécifiez (ex. Problèmes respiratoires, cardiaques, diabète, de vision, de surdité, peur de l'eau / des hauteurs / des chiens, etc.). \_\_\_\_\_

**4) EXPÉRIENCE PAR RAPPORT À L'ACTIVITÉ**

Combien de fois avez-vous pratiqué l'activité (kayak, randonnée, vélo, ski, raquette) au cours des 3 dernières années ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comment qualifieriez-vous votre expérience dans la pratique de cette activité ? Débutant, intermédiaire, expérimenté \_\_\_\_\_

**5) RISQUES INHÉRENTS À L'ACTIVITÉ**

Les risques de l'activité 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, (branches, matériel, etc.); froid ou hypothermie; blessures résultant 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.

**6) CONFIRMATION DES RENSEIGNEMENTS ET ACCEPTATION DES RISQUES**

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. Je suis conscient(e) que les activités offertes par DÉTOUR NATURE 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 (temps avant d'arriver à l'hôpital). 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 ou le séjour en TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE ET EN ACCEPTANT LES RISQUES que peut comporter ce séjour ou 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 guide 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.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**PROFIL DE VOYAGE (section facultative):**

Comment avez-vous entendu parler de notre entreprise : \_\_\_\_\_