

Reconnaissance et acceptation des risques associés à l'Activité et aux maladies infectieuses

Nom de l'enseignant : _____ Activité : _____

Période de l'Activité : Du _____ au _____ (JJ/MM/AAAA)

Je soussigné, agissant en mon nom ou à titre de parent ou tuteur pour un enfant mineur (17 ans ou moins) participant à l'Activité mentionnée ci-dessus, reconnais et accepte ce qui suit :

Risques reliés à l'activité :

- Je reconnais par la présente que la pratique de l'Activité ci-haut décrite comporte certains risques inhérents et que ceux-ci ont été expliqués au signataire et, le cas échéant, au participant (p. ex. : blessure au cou, aux articulations, à la colonne vertébrale, au bas du dos ou aux ischio-jambiers, déchirure, entorse, foulure, fracture);
- Je reconnais aussi que ces risques peuvent varier selon l'état de santé du participant, sa condition physique ainsi que ses aptitudes et comportements, dont notamment le respect des principes d'entraînement, des règles et des consignes de l'enseignant.
- Je reconnais également qu'il est de mon devoir ou du devoir de mon enfant de :
 - Respecter les règles, les consignes et les façons de faire applicables à l'Activité;
 - Transmettre à l'enseignant toute information particulière reliée à sa condition ou son état de santé;
 - Ne pas aller au-delà de ses capacités et aviser l'enseignant de tout malaise, inconfort, douleur ou symptôme ressenti avant, pendant ou après l'Activité.
- Je reconnais être informé que l'Activité peut être arrêtée en tout temps en cas d'inconfort et que l'enseignant peut demander à tout participant d'arrêter et de se reposer si on remarque des signes anormaux ou d'épuisement.

COVID-19 et maladies infectieuses :

- Je suis informé du contexte et des enjeux liés à la COVID-19, notamment en ce qui concerne les risques, la transmissibilité, les complications pour la santé et les symptômes associés ainsi que le caractère évolutif de la situation;
- La participation à l'Activité augmente les risques d'exposition et d'infection de sorte qu'une contamination à la COVID-19, laquelle peut mener à des complications graves de l'état de santé, est une possibilité pour le participant dans ce contexte;
- En prenant part ou en permettant au participant de prendre part à l'Activité, je reconnais et accepte les risques d'exposition et d'infection à la COVID-19 pouvant découler d'une telle participation à l'Activité, et ce, volontairement et de manière libre et éclairée.

De plus, je déclare que ni moi ou le participant, ni aucune personne résidant à la même adresse, n'a manifesté des symptômes associés à la COVID-19 au cours des 14 derniers jours précédents la signature du présent formulaire.

Je m'engage également à informer sans délai l'enseignant de la manifestation de tout symptôme associé à la COVID-19 m'affectant ou affectant le participant de même que de tout diagnostic positif à la COVID-19 prononcé à mon égard ou à l'égard du participant ou d'une autre personne résidant à la même adresse.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions et des risques énoncés dans le présent formulaire et comprends le contexte et les risques entourant la COVID-19. Ainsi, c'est en toute connaissance de cause et en acceptant les risques que peut comporter l'Activité que j'accepte d'y participer. Le cas échéant, je déclare avoir lu le présent formulaire et considère mon enfant être en mesure d'entreprendre l'Activité en acceptant les risques inhérents à la pratique de l'Activité.

Signature du participant : _____ Signature du parent : _____

Nom en lettres moulées : _____ Nom en lettres moulées : _____

Date : _____ (JJ/MM/AAAA)

**L'emploi du genre masculin a pour but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.*