

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

Nom du participant : \_\_\_\_\_ Activité : \_\_\_\_\_

Enseignant de l'Activité : \_\_\_\_\_ Période de l'Activité : Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

Je, soussigné, agissant 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 au participant;
- 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 du devoir du participant 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 :

- Je suis informé du contexte et des enjeux liés à la COVID-19 et reconnais et accepte que la participation à l'Activité augmente les risques d'exposition et d'infection à la COVID-19;
- 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 10 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.**

Date : \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

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

Nom en lettres moulées: \_\_\_\_\_

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