



## FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE ET ACCEPTATION DES RISQUES TOURNOI DE BASEBALL SUR GLACE

### IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

*\*Ce formulaire doit être rempli par les parents ou tuteurs des participants si moins de 16 ans.*

NOM: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

VILLE, PROVINCE, CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE(S): \_\_\_\_\_ COURRIEL: \_\_\_\_\_

### 1) RISQUES INHÉRENTS À L'ACTIVITÉ

Les risques de l'activité **TOURNOI DE BASEBALL SUR GLACE** à laquelle je vais participer sont :

- Blessures dues à des chutes ou autres mouvements, (entorse, foulure, fracture, etc.);
- Commotion cérébrale ou autre trouble causé par une chute ;
- Blessures avec objet, (balle de baseball, bâton, etc.);
- Froid ou hypothermie;
- Et toute autre blessure pouvant survenir pendant la pratique de l'activité.

Je \_\_\_\_\_ (signature d'un parent ou tuteur si moins de 16 ans) reconnais avoir été informé sur les risques inhérents à l'activité du baseball sur glace organisée par les loisirs de la Ville de Portneuf.

Je \_\_\_\_\_ (signature d'un parent ou tuteur si moins de 16 ans) reconnais avoir lu et accepté les règlements relatifs à la pratique de l'activité du baseball sur glace.

### 2) ÉTAT DE SANTÉ

Sexe : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Allergie? **OUI / NON** Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

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 directement ou indirectement vous limiteraient dans la pratique de l'activité à laquelle vous allez participer ?

**Spécifiez**, ex. Problèmes respiratoires, cardiaques, diabète, limitation de vos mouvements, etc..

**OUI / NON** Si oui,

précisez : \_\_\_\_\_

### 3) CONFIRMATION DES RENSEIGNEMENTS ET ACCEPTATION DES RISQUES

Je \_\_\_\_\_ (signature d'un parent ou tuteur si moins de 16 ans) **comprends et accepte les risques de blessures ou dommages corporels relativement à ma participation et/ou à celle de mon/mes enfant(s) au tournoi de baseball sur glace.**

Je décharge et libère expressément, tant pour moi que pour mon/mes enfant(s), La ville de Portneuf de toute responsabilité, demande ou recours de quelque nature que ce soit découlant de tout dommage, blessure corporelle ou autre résultant de ma participation et/ou celle de mon/mes enfant(s) à l'activité.

**Nom du participant** (signature d'un parent ou tuteur si moins de 16 ans, en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

**Signature du participant** (signature d'un parent ou tuteur si moins de 16 ans) : \_\_\_\_\_

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