

FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE ET ACCEPTATION DES RISQUES

Centre nautique NDIP



1) RISQUES INHÉRENTS À L'ACTIVITÉ

Je reconnais être informé(e) des risques inhérents aux activités offertes par le Centre nautique de la Ville de Notre-Dame-de-l'Île-Perrot (ci-après NDÎP). *Les risques de l'activité du Centre 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 accidentel ou non (entre les individus, entre les embarcations ou avec les quais ou autres structures du Centre);
- 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 ou au soleil.

2) COVID-19

En raison de la pandémie de COVID-19, la Ville de NDÎP a établi plusieurs règles sanitaires pour son Centre nautique en conformité avec les recommandations et directives gouvernementales à ce sujet.

Toutes les activités du Centre nautique NDIP doivent être réalisées dans un contexte de distanciation sociale (2 mètres avec tout autre individu). Un lavage des mains est exigé avant la location et après le retour de l'équipement. Tous devront tousser ou éternuer dans leur coude. Pour des raisons de sécurité, **AUCUN MASQUE NE PEUT ÊTRE PORTÉ SUR L'EAU.**

Tout individu qui présente des symptômes (fièvre, toux, difficulté respiratoire, mal de gorge, mal de tête, douleur musculaire, fatigue intense, perte de l'odorat et/ou du goût, perte importante de l'appétit et diarrhée), ne doit, sous aucun prétexte, se présenter au Centre nautique NDIP.

Tout manquement à ces règles entraînera des sanctions pouvant aller jusqu'au refus de location.

J'ai pris connaissance des règles sanitaires mises en place par la Ville et je m'engage à m'y conformer en tout point. Je comprends et accepte que la Ville de Notre-Dame-de-l'Île-Perrot ne peut garantir un milieu qui soit exempt de contamination ou de contagion quant au virus COVID-19.

En étant utilisateur du Centre Nautique NDIP, je déclare avoir lu et avoir accepté les présents termes.

3) ÉTAT DE SANTÉ

Sexe : Âge :

Allergie ? OUI / NON Si oui, précisez :

Êtes vous enceinte? OUI / NON

Prise de médicaments? OUI / NON

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, de vision, de surdité, peur de l'eau / des hauteurs, limitation de vos mouvements, etc.. OUI / NON

Si oui, précisez :

N.B. : Si vous avez répondu oui à l'un des items de la section 3, VOUS DEVEZ COMMUNIQUER AVEC LE PERSONNEL DU CENTRE AU 514-290-2244 ET LUI EN FAIRE PART. À remplir seulement si vous avez répondu oui à l'un des items de la section 3 Après en avoir discuté avec une personne responsable du Centre nautique de la Ville de Notre-Dame-de-l'Île-Perrot, **j'accepte** le risque additionnel qui pourrait entraîner une possible aggravation de mon état de santé.

4) DROGUES ET ALCOOL

Je m'engage à ne pas consommer, ne pas avoir en ma possession ni être sous l'effet de toutes drogues, substances illicites ou médicaments (sous ordonnance ou non) qui pourraient affecter mes réflexes et mon comportement. Je confirme également ne pas être sous l'effet de l'alcool / être en dessous de la limite d'alcoolémie de 80 mg par 100 ml de sang, communément appelée « point zéro huit » et de le demeurer pour toute la durée de l'activité. Je suis conscient que tout manquement à ces règles de ma part pourrait me voir être expulsé(e) sans préavis, et sans possibilité de remboursement.

5) CONFIRMATION DES RENSEIGNEMENTS ET ACCEPTATION DES RISQUES

En devenant utilisateur du Centre nautique et en remplissant, ou en acceptant que soit rempli pour moi, le présent formulaire, électroniquement ou sur papier, j'atteste que les renseignements qui y sont consignés sont exacts, et cela au meilleur de ma connaissance. Je certifie ne pas avoir délibérément omis de dévoiler des renseignements sur mon état de santé. Je suis conscient que l'information contenue dans le présent formulaire est confidentielle et vise à mieux planifier et encadrer la sécurité des activités auxquelles je participerai et qu'elle permettra à la Ville de NDIP de dresser un profil de sa clientèle. Je suis conscient que les activités offertes par la Ville de NDIP se déroulent dans des milieux semi-naturels, naturels ou accidentés, qui, conséquemment, sont plus éloignés des services médicaux. Cet état de fait pourrait entraîner de longs délais lors d'une urgence nécessitant une évacuation, et par conséquent, une possible aggravation de mon état ou de ma blessure.

Ayant pris connaissance de ces risques et ayant eu l'occasion d'en discuter avec une personne responsable du Centre nautique, je reconnais avoir été informé(e) sur les risques inhérents aux activités et je suis en mesure d'entreprendre l'activité en TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE ET EN ACCEPTANT LES RISQUES que peut comporter cette activité. Je m'engage aussi à jouer un rôle actif dans la gestion de ces risques en adoptant une attitude préventive et sécuritaire à mon égard ainsi qu'à l'égard des autres personnes présentes sur les lieux. Le guide se réserve le droit d'exclure toute personne qu'il juge représenter un risque pour lui ou pour le reste du groupe. Je comprends qu'il m'est possible de quitter la présente activité pour tout motif.

6) DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ MATÉRIELLE

Je renonce par la présente à toute réclamation, ainsi qu'à toute poursuite en dommages et intérêts pour tout dommage aux biens et matériel m'appartenant (usure normale, perte, bris, vol, vandalisme.)

7) AUTORISATION À INTERVENIR EN CAS D'URGENCE

J'autorise le Centre nautique NDIP à prodiguer tous les premiers soins nécessaires. J'autorise également le Centre à prendre la décision dans le cas d'un accident à me transporter (par ambulance, hélicoptère, garde côtière ou autrement) dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire, le tout, s'il y a lieu, à mes propres frais.

Nom du participant (en lettres moulées) :

Nom d'un parent (si moins de 16 ans, en lettres moulées) :

Carte d'identité :

Numéro de la carte :

Date :