



677 de Gaspé ouest Saint-Jean-Port-Joli, Qc, G0R 3G0  
Tél. :(418) 241-8476

## Fiche d'inscription

**Activités (cocher les activités qui s'appliquent)**

Camp de jour / Classe nature    Cours d'équitation    Pension d'un cheval    Demi-pension

Attelage    Pratiques libres (Les élèves de niveau avancés seulement ont la possibilité de venir pratiquer en monte libres)

Concentration Sport    Formations théoriques et pratiques reliées au cheval

### Participant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ (Pour bien distribuer les montures)  
                                  Jour mois année

Adresse de résidence: \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone : (Domicile) \_\_\_\_\_ (Travail) \_\_\_\_\_ (Cell) : \_\_\_\_\_

### Parents / Tuteur :

**Mère** : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : (Domicile) \_\_\_\_\_ (Travail) \_\_\_\_\_ (Cell) : \_\_\_\_\_

**Père** : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : (Domicile) \_\_\_\_\_ (Travail) \_\_\_\_\_ (Cell) : \_\_\_\_\_

### Expérience équestre

Aucune    Randonnée   **Trot**:  Assis    Enlevé    Bon diagonal    2 points de contact

Galop    Saut   **Cours d'équitation**:  Oui    Non   **Niveau équestre** : \_\_\_\_\_

# Fiche médicale

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

No. assurance maladie : \_\_\_\_\_ Exp. : \_\_\_\_\_

N.B. Placez la carte d'assurance maladie de votre enfant dans son sac.

## Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les parents)

1. Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

2. Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

## Le participant souffre-t-il :

Cochez et remplissez au besoin

Asthme : \_\_\_\_\_

Diabète : \_\_\_\_\_

Déficit d'attention : \_\_\_\_\_

Hyperactivité : \_\_\_\_\_

Allergies médicament : \_\_\_\_\_

Allergies alimentaires : \_\_\_\_\_

Autres allergies : \_\_\_\_\_

Autre(s) maladie(s) : \_\_\_\_\_

Prise de médicaments?  Oui  Non

Nom médicament(s)	Posologie
_____	_____
_____	_____

ÉPIPEN ?  Oui  Non

## Premiers soins et administration de médicaments

À titre de parent ou tuteur, j'autorise la direction du Centre d'Équithérapie La Remontée à prodiguer les premiers soins et à administrer les médicaments tel que prescrits, Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter « moi-même » ou l'enfant sous ma responsabilité par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

J'accepte  Je refuse

## Consentement des parents d'un enfant mineur

### **Reconnaissance et acceptation du risque pour tous les services et pour toute la durée des services**

En considération de l'autorisation accordée à mon enfant mineur de participer aux évènements, activités et épreuves équestres du Centre d'Équithérapie La Remontée, je conviens et garantis ce qui suit :

1. Je suis l'un des parents ou tuteurs ayant l'entière responsabilité légale à l'égard des décisions concernant mon enfant mineur;
2. Je connais la nature des évènements, activités et épreuves équestres du Centre d'Équithérapie La Remontée et j'accepte en mon nom personnel, ainsi que celui de mon enfant mineur, qu'il y a des risques sérieux de dommages, blessures corporelles, voir même de mort, en participant aux activités équestres et particulièrement de compétitions.
3. Je suis convaincu personnellement et je crois que mon enfant mineur est dans une forme physique, émotionnelle et mentale lui permettant de participer aux activités et compétitions du Centre d'Équithérapie La Remontée.
4. Je comprends parfaitement et je donnerai instruction à mon enfant mineur, que toutes les règles relatives à la participation aux activités, évènements et compétitions du Centre d'Équithérapie La Remontée doivent absolument être suivies et qu'en tout temps, mon enfant mineur sera seul responsable de sa sécurité personnelle;
5. Je retirerai immédiatement mon enfant mineur de toute participation et avisera les représentants officiels du Centre d'Équithérapie La Remontée immédiatement si, à quelque moment que ce soit, j'ai le sentiment ou j'observe quelques situations dangereuses ou non-sécuritaires ou si j'ai le sentiment que la condition physique, émotionnelle ou mentale nécessaire à la continuation de la participation de mon enfant mineur dans les activités, évènements et compétitions équestres se détériore

J'AI LU ET JE COMPRENDS LA PRÉSENTE RECONNAISSANCE DE RISQUE

J'AI SIGNÉ LE PRÉSENT DOCUMENT VOLONTAIREMENT ET SANS AUCUNE INFLUENCE

---

Signature du parent ou tuteur

---

Nom en lettres moulées du parent ou tuteur

---

Signature du témoin

---

Nom en lettres moulées du témoin

---

Date

---

Âge de l'enfant mineur

## **Consentement et acceptation du risque d'un participant adulte**

### **Reconnaissance et acceptation du risque pour tous les services et pour toute la**

**durée des services** Je reconnais et conviens, pour mon bénéficiaire personnel et celui de mes héritiers, successeurs, représentants et ayants droit, que ma participation dans le programme équestre du Centre d'Équithérapie La Remontée et que ma signature au bas du présent document signifient que :

1. Je suis au courant et j'ai été bien informé qu'il y a des risques importants, incluant le risque de blessures sérieuses ou de mort, associés à l'équitation en général et aussi lors de compétitions;
2. Je reconnais et accepte tous ces risques associés à ma participation dans le programme équestre du Centre d'Équithérapie La Remontée, même si ces risques proviennent de la négligence ou de la grossière négligence, incluant l'aggravation de blessures causés par des opérations ou procédures d'urgence inadéquates, de l'organisateur du programme, des responsables du programme, ainsi que de toute personne associée de près ou de loin participant au programme;
3. Je comprends que toutes les règles relatives à la participation au programme doivent être suivies scrupuleusement et qu'en tout temps je serai le seul responsable de ma sécurité,
4. Je cesserai immédiatement toute participation dans le programme et j'en aviserai les responsables du Centre d'Équithérapie La Remontée, si à quelques moments que ce soit, je perçois ou j'ai le sentiment qu'il y a des risques inhabituels ou quelques conditions non-sécuritaires ou si j'ai le sentiment que ma condition physique, émotionnelle ou mentale ne me permet pas de continuer de participer au programme;
5. Je donne par la présent quittance complète et définitive et je renonce à tout droit d'action et à toute réclamation auxquels je pourrais prétendre contre le Centre d'Équithérapie La Remontée, ses directeurs, officiers, employées, guides et représentants, publicistes, autres participants, commanditaires, responsables d'exécution du programme, ainsi que leurs propres directeurs, officiers, employés, guides et représentants (ci-après collectivement désignés « les bénéficiaires ») à l'égard de toutes responsabilités pour toutes pertes, dommages, blessures ou dépenses que je pourrais subir ou encourir et résultant de ma présence ou de ma participation aux activités, événements et compétitions équestres et résultants de toutes causes, incluant la négligence et la grossière négligence, le bris de contrat ou le bris de tout devoir légal ou autres de soins, de la part des bénéficiaires.

J'AI LU ET JE COMPRENDS LE PRÉSENT DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉS, RENONCIATION À TOUS RECOURS ET ASSUMATION DE RISQUES ET JE SUIS AU COURANT QU'EN LE SIGNANT, JE RENONCE À CERTAINS DROITS LÉGAUX SUBSTANCIELS, INCLUANT MON DROIT D'INTENTION DES PROCÉDURES JUDICIAIRES. J'AI SIGNÉ LE PRÉSENT DOCUMENT VOLONTAIREMENT ET SANS AUCUNE INFLUENCE.

---

Signature du participant

---

Signature du témoin à la signature du participant

---

Date

## **Photos et documents audio-visuels**

Étant donné que le Centre d'Équithérapie La Remontée ou ses mandataires pourraient prendre des photos ou filmer diverses activités équestres et générale et du participant en particulier, et qu'ils pourraient se servir de ce matériel à des fins promotionnelles, je les autorise à utiliser ce matériel à ces fins.

J'accepte       Je refuse

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date (Jour mois année)

\_\_\_\_\_

Signature du cavalier ou tuteur ou parent de l'enfant

**Les formulaires doivent être complétés afin de pouvoir accepter tout participant aux activités du Centre d'Équithérapie La Remontée.**