



Association québécoise de voile adaptée (AQVA)

Siège social : 2025 rue Quesnel, suite 35, Montréal, H3J 2K9 - info@aqvaqc.com

* * * * *

FORMULE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Nous vous remercions d'avoir choisi les services de l'Association québécoise de voile adaptée. Nous faisons appel à votre compréhension et à votre collaboration afin de préserver votre sécurité et votre santé ainsi que les nôtres. Nous vous demandons donc de lire et de signer la FORMULE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ suivante.

Je, _____, déclare avoir l'intention d'utiliser les

NOM - ÉCRIVEZ LISIBLEMENT EN LETTRES MOULÉES

activités, les installations, les programmes et les services offerts par l'**Association québécoise de voile adaptée** et le **Yacht Club de Pointe-Claire**. Il est entendu que les capacités de chaque personne à participer à de tels programmes, activités et services sont différentes. Je suis conscient du fait que tous les programmes, activités et services offerts sont de nature pédagogique, récréative ou autodirigée. Pendant et après ma participation, j'assume l'entière responsabilité de mes choix concernant l'utilisation ou l'application, à mes propres risques, de toute information ou instruction reçue.

Il est entendu que le risque encouru pendant la participation à une activité ou à un programme dépend en partie de ma condition physique et de mon état de santé (physique, mental ou émotionnel) ainsi que de la prise de conscience, de la prudence et des habiletés dont je fais preuve durant cette activité ou ce programme. Il est entendu que je suis libre d'annuler, de réduire ou de modifier ma participation à un programme ou à une activité et je suis conscient que c'est ce que je devrais faire si je note des signes d'étourdissement, de perte de conscience, de malaise pulmonaire, de crampe à la jambe, de nausée, etc.

En outre, il est entendu que les activités, les services et les programmes offerts par l'**Association québécoise de voile adaptée** sont parfois dirigés par des personnes qui ne sont pas nécessairement des moniteurs ou des professionnels brevetés, accrédités ou autorisés. J'accepte le fait que les compétences des employés et des bénévoles varient en fonction de leur formation et de leur expérience et que les employés non brevetés, accrédités ou autorisés qui assurent ces services professionnels ne prétendent pas offrir d'évaluation ou de traitement pour toute maladie ou tout état mental ou physique.

En outre, je reconnais m'être renseigné sur la nature des activités, des programmes et des services avec lesquels je ne suis pas familier et j'admets avoir été informé de tout risque inhérent.

Je déclare avoir lu, compris et accepté dans sa totalité le contenu de la présente FORMULE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ.

SIGNATURE

DATE

TÉMOIN

DATE