



Fiche médicale

Adulte - 2018

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Prénom : _____ Nom : _____ Sexe : M F
Ass. maladie : _____ Expiration : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Code postal : _____ Province: _____

CONTACT EN CAS D'URGENCE

_____ Tél : _____
_____ Tél : _____

RENSEIGNEMENT MÉDICAUX

Souffrez-vous de :

- | | |
|--|---|
| ↓ Asthme <input type="checkbox"/> | ↓ Diabète <input type="checkbox"/> |
| ↓ Épilepsie <input type="checkbox"/> | ↓ Allergie <input type="checkbox"/> _____ |
| ↓ Autres <input type="checkbox"/> Précisez : _____ | |

Si vous avez répondu dans l'affirmative à l'une ou plusieurs de ces questions, veuillez nous informer des symptômes précédant l'état de crise et des soins immédiats à apporter afin d'y remédier : _____

AUTORISATION ET SIGNATURE

Renonciation de responsabilité

J'accepte tous les risques et les responsabilités liés à ma participation au stage de voile du Club de Voile Deux-Montagnes. Le Club de Voile Deux-Montagnes ainsi que toutes les personnes impliquées dans l'organisation du programme et du Club, ne pourront en aucun cas, être tenus responsables des dommages, blessures, pertes ou réclamations de nature personnelle ou matérielle occasionnés ou infligés à un participant. Je dégage donc de toute responsabilité le Club de Voile Deux-Montagnes, ses membres, ses employés ainsi que toute personne désignée des dommages matériels ou personnels que je pourrais subir lors de ce programme.

Autorisation de publication

Le Club pourrait prendre des photos et/ou vidéos des participants durant leur stage et ces dernières pourraient être publiées sur le site internet du Club et/ou un dépliant publicitaire, en vue de promouvoir l'école de voile. En signant ce formulaire, j'autorise le Club de Voile Deux-Montagnes à publier ces photos et/ou vidéos.

Je soussigné certifie que les renseignements fournis dans cette fiche médicale sont exacts.

Signature : _____ Date : _____