

Informations de facturation

| | |
|---------------------|--|
| # FACTURE : | |
| Type activité : | |
| ORGANISATION : | |
| # Réservation MTA : | |

Informations de paiement

| | |
|--------------------|--|
| Montant PAYÉ : | |
| Mode de paiement : | |
| Rabais : | |
| Nbr de personnes : | |

Convention de Participation

Entre TYROPARC et le participant



ou



| | |
|------------------|--|
| Nom Prénom - Age | |
| Courriel | |
| Téléphone | |
| Ville | |
| Prov/État | |
| Code Postal | |
| Adresse | |

Veillez lire attentivement et initialer chacun des items suivants:

Il est entendu que le participant ci-haut mentionné demande de prendre part à des activités offertes sur le site de TYROPARC : Parcours de tyroliennes, Via Ferrata, Rappel, Décalade

Le participant soussigné déclare que:

LIRE et COCHER

| | | |
|---|---|--|
| 1 | Le personnel m'a expliqué, illustré, démontré et ce, à ma satisfaction, la nature, les risques et les dangers de participer à l'activité de Tyroliennes offerte par le site. Je suis en mesure d'entreprendre l'activité en TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE . En conséquence, J'ACCEPTE LES RISQUES INHÉRENTS découlant des activités offertes. Se référer au document « Risques Inhérents » | |
| 2 | JE SUIS LE SEUL et le meilleur juge de mon degré d'habileté pour participer à cette activité. JE SUIS CONSCIENT(E) que l'activité que j'entends pratiquer est dangereuse et qu'elle peut être la cause de blessures, pertes, traumatismes ou décès . Les risques sont, de façon plus particulière, mais non limitative : blessures dues à des chutes ou autres mouvements (entorse, foulure, fracture, etc...), blessures avec objets coupants (branches, matériel, etc...). froid ou hypothermie ; blessures résultant de contact accidentel ou non entre les individus ou les animaux ; contact avec l'eau ou noyade pour ce qui est de l'activité pratiquée près d'un courant d'eau ; brûlures ou troubles dus à la chaleur ; allergie alimentaire. | |
| 3 | JE M'ENGAGE À SUIVRE toutes les directives et instructions données par TYROPARC, ses guides et instructeurs ou tous autres employés. En tout temps, JE M'ENGAGE à correctement porter et utiliser les équipements de sécurité fournis par TYROPARC, JE M'ENGAGE aussi à jouer un rôle actif dans la gestion de ces risques en adoptant une attitude préventive à mon égard ainsi qu'à l'égard des autres personnes m'entourant. | |
| 4 | JE SUIS CONSCIENT(E) que les activités se déroulent dans des milieux naturels. J'AUTORISE le personnel de TYROPARC à pratiquer les premiers soins nécessaires. | |
| 5 | JE M'ENGAGE à assumer personnellement toutes dépenses ou frais encourus causés par mes actions. | |
| 6 | JE DECLARE être en bonne santé physique et mentale et je ne souffre d'aucun handicap ou condition physique pouvant constituer un danger en rapport avec ma participation à l'activité et accepte d'y participer librement. JE DECLARE de ne pas être sous l'influence d'alcool ni de drogues et je m'engage formellement à ne pas en faire usage au cours de l'activité. | |
| 7 | TYROPARC se réserve le droit d'exclure toute personne qu'il juge représenter un risque pour elle (lui) ou pour le reste du groupe. Je comprends qu'il m'est possible de quitter la présente activité pour un motif ou pour un autre sans remboursement. | |
| 8 | J'AUTORISE TYROPARC à utiliser, à des fins publicitaires/ventes les photos et vidéos dans lesquels je figure et je renonce à tous droits relatifs à celles-ci. | |

Je reconnais avoir lu, compris et complété la convention et j'accepte chacune des clauses de cette entente.
S.V.P. réécrire la phrase ci-haut.

DATE : _____

Signature du participant

Signature d'un témoin

Signature d'un parent ou tuteur
si moins de 16 ans



Parc d'aventures en montagne

Convention de Participation

Entre TYROPARC et le participant

Questionnaire médical

| Oui | Non | |
|---|-----|--|
| | | Souffrez-vous de maladies du coeur ? |
| | | Ressentez-vous des douleurs à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique ? |
| | | Éprouvez-vous des problèmes d'étourdissements ou d'évanouissements ? |
| | | Prenez-vous des médicaments pour de la haute pression ou problèmes cardiaques ? |
| | | Faites-vous de l'arthrite ou autres problèmes osseux ? |
| Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de : | | |
| | | Épilepsie ? |
| | | Hémophilie ? |
| | | Troubles psychiatriques ? |
| | | Allergies ? SPÉCIFIEZ: |
| | | Asthme ? |
| | | Diabète ? |
| | | Problèmes de vision ? |
| | | Problèmes auditifs ? |
| | | Êtes-vous enceinte ? |
| | | Avez-vous subi une chirurgie au cours des 6 derniers mois ? |
| | | SPÉCIFIEZ: |
| | | Y a-t-il une autre raison non mentionnée si haut qu'il serait bon de nous communiquer ; nous devons veiller à offrir des premiers soins adéquats en cas de besoin ? |
| | | SPÉCIFIEZ : |
| Initiales SVP | | J'atteste que les renseignements consignés dans la présente fiche sont exacts et cela au meilleur de ma connaissance. Je certifie ne pas avoir intentionnellement omis des renseignements sur mon état de santé. |

Le nom imprimé et les initiales du personnel de TYROPARC qui a vérifié cette information

Comment avez-vous entendu parler de nous? Cochez la case appropriée.

| | | |
|--------------------------|--|--------------------|
| J'ai déjà visité le site | | |
| D'un ami/famille | | |
| Dépliant | | |
| Notre site web | | |
| Quotidien/journaux | | Lequel ? |
| Magazine/revue | | Lequel ? |
| Radio/télé | | Lequel ? |
| Autres | | s.v.p. spécifiez : |

Signature du participant

Signature d'un témoin

Signature d'un parent ou tuteur
si moins de 16 ans