

## DÉCLARATION

INITIALES

JE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN SYMPTÔME CONNU DE LA COVID-19 TELS QUE :

- FIÈVRE
- APPARITION OU AGGRAVATION ANORMALE DE TOUX
- DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE
- FATIGUE ANORMALE
- PERTE SOUDAINE D'ODORAT SANS CONGESTION NASALE, AVEC OU SANS PERTE DE GOÛT

JE DÉCLARE NE PAS AVOIR ÉTÉ EN CONTACT AVEC QUELQU'UN PRÉSENTANT CES SYMPTÔMES AU COURS DES 14 DERNIERS JOURS.

JE DÉCLARE NE PAS AVOIR QUITTÉ LE PAYS LORS DES 14 DERNIERS JOURS.

J'ATTESTE QUE JE ME CONFORMERAI AUX EXIGENCES SANITAIRES ET QUE LES EMPLOYÉS D'EXPÉDITIONS NOUVELLE VAGUE DEVRONT VEILLER À L'APPLICATION DE CES MESURES ET QU'ILS DEVRONT INTERVENIR EN CAS DE DÉFAUT.

J'atteste que les informations fournies dans cette convention de participation sont exactes en date de l'activité.

Je confirme avoir été informé des risques inhérents aux activités qui font partis du programme d'*Expéditions Nouvelle Vague Inc.* (9395-6449) Les risques de l'activité rafting à laquelle je vais participer sont, de façon plus particulière, mais non-limitative :

- Blessures dues à une chute, roche, équipement ou autres mouvements (entorse, foulure, fracture, etc.);
- Froid ou hypothermie, brûlures ou troubles dus à la chaleur;
- Blessures résultant de contact accidentel ou non entre les individus;
- Allergie alimentaire (collation et repas);
- Contact avec l'eau;
- Noyade.

J'atteste que j'assisterai à la séance d'explications de chaque activité et que j'appliquerai l'ensemble des règles de sécurité et règlements de cette activité.

J'atteste ne pas être sous l'influence d'alcool ni d'aucune drogue incluant le cannabis, et j'ai été informé que la compagnie se réserve le droit d'exclure de l'activité toute personne présentant des signes de consommation et ce, sans aucun remboursement.

Je suis le (la) seul(e) et meilleur(e) juge de mon degré d'habileté pour participer à cette activité et je suis conscient des risques additionnels éventuels auxquels je m'expose volontairement et en connaissance de cause. Je renonce à tout remboursement.

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

J'autorise *Expéditions Nouvelle Vague Inc.* à prodiguer tous les premiers soins nécessaires. J'autorise également *Expéditions Nouvelle Vague Inc.* à prendre la décision dans le cas d'un accident d'organiser un transport dans un établissement hospitalier et ce, à mes propres frais.

Je m'engage 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. Le chef de voyage se réserve le droit d'exclure toute personne qu'il juge représenter un risque pour elle (lui) ou pour le reste du groupe, **incluant une personne ne respectant pas les mesures sanitaires mises en place pour lutter contre la COVID-19**, et ce sans remboursement.

J'autorise *Expéditions Nouvelle Vague Inc.* à utiliser toutes les photos et vidéos dans lesquels je pourrais apparaître à des fins de publicité et promotion, et ce, sans rémunération et demandes ultérieures. Il est de ma responsabilité d'informer *Expéditions Nouvelle Vague Inc.* de toutes demandes venant à l'encontre de cette clause.

SIGNATURE

SIGNATURE D'UN PARENT (si moins de 16 ans)

DATE

## RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

INITIALES

L'EMPLOYÉ CONFIRME AVOIR EXPLIQUÉ LE CONTENU DE LA DÉCLARATION CI-HAUT ET AVOIR VALIDÉ LES INFORMATIONS CONTENUS DANS LE QUESTIONNAIRE MÉDICAL AVEC LE PARTICIPANT LE JOUR MÊME DE L'ACTIVITÉ.



9395-6449 Québec inc.  
 246 5<sup>E</sup> AVENUE  
 SAINT-GABRIEL-DE-VALCARTIER, QUÉBEC  
 G0A 4S0  
 418-520-RAFT

### CONVENTION DE PARTICIPATION 2020

#### INFORMATIONS SUR LE PARTICIPANT

Date de l'expédition : \_\_\_\_\_ Nombre dans votre groupe : \_\_\_\_\_

Quel est le nom de la réservation ? \_\_\_\_\_

Votre forfait :

La Traditionnelle (Tewkesbury)  
 La Découverte

La Familiale (mini-rafting)  
 Autre : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : Homme Femme

Adresse : \_\_\_\_\_

N° Civique, Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 Province \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

*J'autorise Expéditions Nouvelle Vague à m'envoyer nouvelles et promotions jusqu'à concurrence de quelques fois par an tout au plus.*

Expéditions Nouvelle Vague s'engage à conserver ces adresses courriel à des fins personnelles seulement.

#### ÉTAT DE SANTÉ

*Encercler la réponse qui convient à votre situation*

Êtes-vous enceinte ?	OUI	NON	Avez-vous subi une chirurgie dans les dernières années?	OUI	NON
Avez-vous de la difficulté ou incapacité à nager ?	OUI	NON	Avez-vous des problèmes respiratoires ?	OUI	NON
Avez-vous peur de l'eau ?	OUI	NON	Vous a-t-on diagnostiqué des troubles cardiaques?	OUI	NON
Utilisez-vous des médicaments de façon régulière ? Lesquels?	OUI	NON	Avez-vous des allergies ? Lesquelles ?	OUI	NON
Vivez-vous avec une condition de santé physique qui vous affecte dans vos activités?	OUI	NON	Vivez-vous avec des limitations de mouvements ?	OUI	NON
			Souffrez-vous de troubles de vision ou surdité?	OUI	NON
Vivez-vous avec une condition de santé mentale, psychologique ou comportementale ? (autisme, déficience intellectuelle, anxiété, etc.)	OUI	NON	Souffrez-vous de diabète ?	OUI	NON
			Êtes-vous épileptique ?	OUI	NON
			Êtes-vous hémophile ou utilisez-vous des produits qui éclaircissent le sang ?	OUI	NON
Connaissez-vous une autre raison pourquoi vous ne devriez pas faire d'activité physique? Si oui _____	OUI	NON			

<b>SECTION RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION</b>	<b>CASQUE ROUGE</b>
--	---------------------