



## Formulaire inscription participant Try Scuba et Basic Diver

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	Nom	Date de naissance (JJ/MM/AA)
<input type="text"/>		
Adresse postale		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresse email	Téléphone portable	

## Contact en cas d'urgence

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom	Lien de parenté
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse email	Téléphone portable

## Politique de confidentialité

La présente politique de confidentialité explique pourquoi les Centres de formation (Training Center) SSI obtiennent vos données personnelles dans le but de réaliser votre formation, de délivrer vos certifications, de gérer la partie administrative de votre dossier personnel et pour toute autre besoin nécessaire à la réalisation du présent contrat.

En vous inscrivant dans MySSI, vous consentez à partager vos données personnelles : Nom et prénom, adresse (boîte postale), code postal, ville, état, pays, adresse électronique, numéros de téléphone (facultatif), date de naissance, photo, langue, sexe, identifiant SSI (ID), type de cours, progression de la formation et informations de certification (nom, Centre de formation SSI, Instructeur délivrant la certification, année à laquelle vous avez débuté la plongée, niveau d'expérience, nombre de plongées et date de délivrance), plus votre affiliation au Centre de formation.

En donnant votre consentement, les Centres de formation (Training Centers) SSI peuvent accéder ultérieurement à vos données personnelles décrites ci-dessus afin de vous identifier, de vérifier ou de confirmer le statut de votre formation et de vos certifications et de vous proposer des programmes de formation continue et des services basés sur votre expérience en plongée.

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter notre Politique de confidentialité SSI à l'adresse [https://my.divessi.com/myssi\\_privacy](https://my.divessi.com/myssi_privacy)

Download the free MySSI App, available for iOS or Android! SSI designed the MySSI App to be that "All-In-One Tool" for your diving experiences and to give you access to your Digital Learning Materials, Digital Logbook and Digital Recognition Cards, all in the palm of your hand. There are a variety of features like news, local events, training dates, fun 360° videos and even dive tables and hand signals to review before your next dive.

my.divessi.com



Application MySSI : iOS



Application MySSI : Android





## Examen Médical du Plongeur | Questionnaire

La plongée sous-marine et l'apnée récréative nécessitent une bonne santé physique et mentale. Il y a quelques conditions médicales qui peuvent être dangereuses pendant la plongée, énumérées ci-dessous. Ceux qui ont ou sont prédisposés à l'une de ces conditions doivent être évalués par un médecin. Ce questionnaire médical pour plongeurs fournit une base pour déterminer si vous devez demander cette évaluation. Si vous avez des inquiétudes concernant votre condition physique pour la plongée qui ne sont pas reprises sur ce formulaire, consultez votre médecin avant de plonger. Si vous vous sentez mal, évitez de plonger. Si vous pensez avoir possiblement une maladie contagieuse, protégez-vous et protégez les autres en ne participant pas à la formation et / ou aux activités de plongée. Les références à la «plongée» sur ce formulaire englobent à la fois la plongée sous-marine de loisir et l'apnée. Ce formulaire est principalement conçu comme une évaluation médicale initiale pour les nouveaux plongeurs, mais convient également aux plongeurs qui suivent une formation continue. Pour votre sécurité et celle des autres personnes susceptibles de plonger avec vous, répondez honnêtement à toutes les questions.

### Instructions

**Remplissez ce questionnaire préalablement à un cours de plongée sous-marine ou d'apnée.**

**Note aux femmes:** Si vous êtes enceinte ou tentez de devenir enceinte, ne plongez pas.

1	J'ai eu des problèmes pulmonaires, respiratoires, cardiaques et/ou sanguins affectant mes performances physiques ou mentales normales.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case <b>A</b>	Non <input type="checkbox"/>
2	Je suis âgé de plus de 45 ans.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case <b>B</b>	Non <input type="checkbox"/>
3	J'ai du mal à faire des efforts physiques modérés (par exemple, marcher 1,6 km en 14 minutes ou nager 200 mètres sans me reposer), ou: je n'ai pas pu participer à une activité physique normale pour des raisons de forme physique ou de santé depuis 12 mois.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4	J'ai eu des problèmes aux yeux, aux oreilles, aux conduites nasales ou sinus.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case <b>C</b>	Non <input type="checkbox"/>
5	J'ai subi une intervention chirurgicale au cours des 12 derniers mois; ou: j'ai des problèmes chroniques liés à une intervention chirurgicale antérieure.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
6	J'ai des pertes de connaissance, j'ai (eu) des migraines, des convulsions, un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien important ou je souffre de lésions ou maladies neurologiques persistantes.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case <b>D</b>	Non <input type="checkbox"/>
7	Je suis actuellement sous traitement (ou j'ai eu besoin d'un traitement au cours des cinq dernières années) pour des problèmes psychologiques, des troubles de la personnalité, des crises de panique ou une dépendance à la drogue ou à l'alcool; ou, on m'a diagnostiqué un trouble d'apprentissage ou du développement.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case <b>E</b>	Non <input type="checkbox"/>
8	J'ai eu des problèmes de dos, une hernie, des ulcères ou du diabète.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case <b>F</b>	Non <input type="checkbox"/>
9	J'ai eu des problèmes d'estomac ou d'intestin, y compris une diarrhée récente.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case <b>G</b>	Non <input type="checkbox"/>
10	Je prends des médicaments sur ordonnance médicale (à l'exception des contraceptifs ou des antipaludéens autres que la méfloquine (Lariam)).	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

### Signature du participant

**Si vous avez répondu NON** pour les 10 questions ci-dessus, une évaluation médicale n'est pas requise. Veuillez lire et accepter la déclaration du participant ci-dessous en la signant et en la datant.

**Déclaration du participant:** J'ai répondu honnêtement à toutes les questions et je comprends que j'accepte la responsabilité des conséquences résultant de toute question à laquelle j'ai répondu de manière inexacte, ou de mon omission de divulguer tout problème de santé existant ou passé.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant (ou, si mineur, signature du parent / tuteur du participant) requise

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Nom du participant (en CAPITALES)

\_\_\_\_\_  
Date de naissance (jj/mm/aaa)

\_\_\_\_\_  
Nom de l'Instructeur (en CAPITALES)

\_\_\_\_\_  
Nom de l'Institution (en CAPITLES)

**\* Si vous avez répondu OUI** aux questions 3, 5 ou 10 ci-dessus OU à l'une des questions de la page 2, veuillez lire et accepter la déclaration ci-dessus en la signant et en la datant ET amenez les trois pages de ce formulaire (Questionnaire du participant et Evaluation du médecin) à votre médecin pour une évaluation médicale. La participation à un cours de plongée nécessite l'approbation de votre médecin.

## Examen Médical du Plongeur | Suite du Questionnaire du participant

<b>CASE A - J'AI / J'AI EU:</b>		
Chirurgie thoracique, chirurgie cardiaque, chirurgie des valves cardiaques, dispositif médical implantable (par exemple, stent, stimulateur cardiaque, neurostimulateur), pneumothorax et/ou maladie pulmonaire chronique.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Asthme, respiration sifflante, allergies graves, rhume des foins ou voies respiratoires congestionnées au cours des 12 derniers mois, qui limitent mon activité physique / exercice.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Un problème ou une maladie touchant mon cœur tels que: angine de poitrine, douleur thoracique à l'effort, insuffisance cardiaque, œdème pulmonaire d'immersion, crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral; ou: je prends des médicaments pour toute affection cardiaque.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Bronchite récurrente et toux actuelle au cours des 12 derniers mois; ou: on m'a diagnostiqué d'un emphysème.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Symptômes affectant mes poumons, ma respiration, mon cœur et/ou mon sang au cours des 30 derniers jours qui altèrent mes performances physiques ou mentales	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>CASE B – J'AI PLUS DE 45 ANS ET:</b>		
Je fume ou j'inhale de la nicotine par d'autres moyens.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
J'ai un taux de cholestérol élevé.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
J'ai une tension artérielle élevée.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
J'ai eu un parent proche décédé subitement ou d'une maladie cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral avant l'âge de 50 ans; ou: j'ai des antécédents familiaux de maladie cardiaque avant l'âge de 50 ans (y compris des troubles du rythme cardiaque, une maladie coronarienne ou une cardiomyopathie).	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>CASE C – J'AI / J'AI EU:</b>		
Une chirurgie des sinus au cours des 6 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Une maladie ou chirurgie de l'oreille, une perte auditive ou des problèmes d'équilibre.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Une sinusite récurrente au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Une chirurgie oculaire au cours des 3 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>CASE D – J'AI / J'AI EU:</b>		
Un traumatisme crânien avec perte de conscience au cours des 5 dernières années.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Une lésion ou maladie neurologique persistante.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Des migraines récurrentes au cours des 12 derniers mois, ou: je prends des médicaments pour les prévenir.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Des syncopes, absences ou évanouissements (perte totale ou partielle de la conscience) au cours des 5 dernières années.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Une épilepsie, ou des convulsions; ou: je prends des médicaments pour les prévenir.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>CASE E – J'AI / J'AI EU:</b>		
Des problèmes de comportement, des problèmes mentaux ou psychologiques nécessitant un traitement médical et/ou psychiatrique.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Une dépression majeure, des idées suicidaires, des attaques de panique, un trouble bipolaire non contrôlé nécessitant un traitement médicamenteux ou psychiatrique.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Un diagnostic de problème de la santé mentale ou un trouble d'apprentissage ou de développement qui nécessite des soins continus, ou des mesures d'adaptation particulières.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Une dépendance à la drogue ou à l'alcool nécessitant un traitement au cours des 5 dernières années.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>CASE F – J'AI / J'AI EU:</b>		
Des problèmes de dos récurrents au cours des 6 derniers mois qui limitent mon activité quotidienne..	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Une chirurgie du dos ou de la colonne vertébrale au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Un diabète, contrôlé par médicament ou par régime; ou: un diabète gestationnel au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Une hernie non corrigée qui limite mes capacités physiques.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Des ulcères cutanés actifs ou non traités, des plaies chroniques ou une intervention chirurgicale pour ulcère au cours des 6 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>CASE G – J'AI EU:</b>		
Une chirurgie pour stomie (gastrostomie, colostomie ou nephrostomie) sans avoir déjà l'autorisation médicale pour nager ou faire des activités physiques.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Une déshydratation nécessitant une intervention médicale au cours des 7 derniers jours.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Des ulcères gastriques ou intestinaux actifs ou non traités; ou: traitement chirurgical de ces ulcères au cours des 6 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Des brûlures d'estomac fréquentes, régurgitation ou reflux gastro-œsophagien (RGO).	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Une colite ulcéreuse active ou non contrôlée; ou: Maladie de Crohn.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Une chirurgie bariatrique au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## Examen Médical du Plongeur | Formulaire d'évaluation du médecin

La personne susmentionnée demande votre avis sur son aptitude médicale à participer à une formation ou à une activité de plongée sous-marine ou de plongée en apnée. Si nécessaire, vous pouvez consulter [uhms.org](http://uhms.org) pour obtenir des conseils médicaux sur les conditions médicales liées à la plongée. Passez en revue les domaines pertinents pour votre patient dans le cadre de votre évaluation.

### Résultat de l'Evaluation

- Approuvé - Je ne trouve aucune condition que je considère incompatible avec la plongée loisir ou l'apnée.
- Non approuvé - Je trouve des éléments que je considère incompatibles avec la plongée sous-marine ou l'apnée.

---

Signature d'un médecin certifié ou d'un prestataire de soins de santé légalement certifié

Date (jj/mm/aaaa)

**Nom de l'examineur**

**Spécialité**

en CAPITALES

**Clinique/Hôpital**

**Adresse**

**Téléphone**

**Email**

Cachet du médecin/Clinique (optionnel)

Créé par la [Diver Medical Screen Committee](#) en association avec les organismes suivants:

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (US)**

**DAN Europe**

**Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego**



Prénom

Nom

En inscrivant mon nom ici, je reconnais être responsable du contenu de cette page.

## Code plongeur en scaphandre SSI - Reconnaissance des risques, décharge de responsabilité et convention de non-responsabilité

(Formulaire à ne pas utiliser au sein de l'Union européenne et dans divers autres pays en fonction des lois/réglementations locales - Le Centre de formation/Training center et les professionnels doivent connaître et respecter les lois/réglementations locales) Ce formulaire est utilisé pour les programmes Try Scuba et Basic Diver SSI. Il s'agit d'un contrat légal mettant fin à vos droits d'intenter une action en justice. Lisez attentivement avant de signer. Avertissement - La plongée sous-marine en scaphandre utilise du matériel et des techniques d'assistance à la vie qui présentent des risques pouvant provoquer des blessures, des maladies ou la mort.

En vue d'être autorisé à participer à un programme SSI d'initiation à la plongée sous-marine en scaphandre, je, \_\_\_\_\_ (nom du participant en majuscules) acceptent expressément d'être liés par le présent accord et me conformer au code du plongeur en scaphandre décrit ci-dessous. Je comprends que le présent accord est conclu entre moi, ma famille, ma succession, mes héritiers et/ou toute personne pouvant se présenter en mon nom, et \_\_\_\_\_ (inscrire le nom du Training center), y compris tous les Instructeurs, les installations, les bateaux et les sites de plongée; en plus de Scuba Schools International ("SSI"), et tous les propriétaires, dirigeants, employés, représentants, bénévoles, agents, entrepreneurs et toute autre personne agissant pour leur compte, qu'elle soit spécifiquement nommée ou non (ci-après dénommés "parties libérées").

J'assume volontairement tous les risques de blessure, de maladie et de décès, causés par la plongée sous-marine en scaphandre et toutes les activités connexes, qu'elles soient prévisibles ou non, y compris, mais sans s'y limiter, les risques associés à la plongée ; nager, mise à l'eau et sortie de l'eau, tomber, être frappé ou abandonné par un bateau, retenir ma respiration, états de santé préexistants, insuffisance cardiaque, effort excessif, panique, noyade, blessures liées à la pression, maladie/accident de décompression, blessures liées à l'environnement et à la vie marine, causes inconnues, mauvais fonctionnement du matériel, mauvaise planification de la plongée ou action inappropriée d'autres plongeurs ou du personnel de soutien (y compris l'incapacité à secourir, récupérer, réanimer ou fournir une aide d'urgence). Je comprends que les activités de plongée sont effectuées sur des sites qui sont éloignés, en temps et en distance, des centres de soins médicaux. Je comprends ces risques et je choisis volontairement d'y participer malgré les risques.

J'accepte d'être responsable du respect du code du plongeur en scaphandre SSI suivant pendant toutes les activités de plongée :

1. Je suis responsable de ma propre sécurité et de mon bien-être pendant toutes les plongées, notamment en équilibrant mes espaces aériens, en respirant normalement, en conservant une flottabilité adaptée et en restant avec mon guide de plongée tout au long de la plongée.
2. Je suis responsable d'être physiquement, médicalement et mentalement apte à pratiquer la plongée sous-marine ; et j'affirme que toutes les informations personnelles que j'ai fournies sur le questionnaire "Aptitude à la plongée" sont véridiques et exactes au mieux de mes connaissances ; et je ne tiendrai pas d'autres personnes responsables ou redevables de toute blessure, maladie ou décès causé par mon omission de déclarer un problème médical connu.
3. Je suis chargé de surveiller mon alimentation en air et de terminer ma plongée avec au moins 500 psi/35 bar.
4. Je suis tenu d'avertir immédiatement mon guide de plongée si je ne suis pas à l'aise ou si j'ai un problème.
5. Je reste avec mon guide de plongée tout au long de ma plongée ; toutefois, si je me sépare du groupe de plongeurs et que je ne peux pas localiser mon guide de plongée, je dois remonter à la surface (en m'assurant d'expirer pendant la remontée) et j'établis une flottabilité positive en gonflant mon gilet stabilisateur ou en larguant mon lestage.
6. Je comprends que la formation en plongée ne garantit pas ma sécurité et que des accidents se produisent même si les procédures appropriées sont respectées.
7. Si je ne me sens pas à l'aise, capable ou disposé à assumer ces responsabilités, alors je ne plongerai pas.

J'accepte de renoncer à toute réclamation, demande, cause d'action, poursuite et dommage par moi, ma succession, ma famille, mes héritiers ou toutes autres personnes qui pourraient déposer une réclamation relative à ma blessure, ma maladie ou à mon décès à la suite de tout acte ou défaut d'acte, y compris la négligence des parties libérées, associé à mon expérience d'initiation à la plongée et à toutes les activités connexes. Je reconnais qu'il est de ma responsabilité d'informer ma famille et tous ceux qui peuvent avoir des droits légaux en mon nom que j'ai conclu le présent accord et que j'ai l'intention qu'ils soient liés par l'accord. J'accepte que moi-même ou ma succession soyons entièrement responsables des coûts supportés par les parties libérées pour toute réclamation introduite en mon nom découlant de ma participation à la plongée sous-marine et à toutes les activités connexes.

Je comprends que SSI accorde des licences aux Centres de formation (Training centers) SSI, aux Professionnels SSI et à leurs affiliés pour l'utilisation de diverses marques commerciales SSI et pour la conduite de formations SSI, mais j'accepte qu'ils ne soient pas des agents, des employés ou des franchisés de SSI, de sa société mère, de ses filiales ou de ses sociétés affiliées. Je comprends en outre que les Centres de formation (Training Centers) SSI, les Professionnels SSI et les entreprises qui leur sont affiliées sont indépendants et ne sont ni détenus, ni exploités, ni contrôlés par SSI et que, bien que SSI produise des Standards et du matériel pédagogique pour les programmes de formation SSI, elle n'est pas responsable et n'a pas le droit de contrôler le fonctionnement des activités commerciales ou des programmes de formation quotidiens et/ou la supervision des plongeurs par les Centres de formation SSI, les Professionnels de SSI, leurs entreprises affiliées et/ou le personnel de leurs associés. Je comprends et accepte en mon nom personnel qu'en cas de blessure, de maladie ou de décès pendant les activités de plongée, je ne tiendrai pas SSI pour responsable des actions, inactions ou négligences du Centre de formation (Training Center) SSI, des Professionnels SSI et des autres entreprises affiliées ou du personnel associé à mes activités de plongée.

J'ai lu cet agrément et le code d'introduction à la plongée sous-marine SSI. Je comprends expressément mes responsabilités et je renonce à mes droits légaux en signant le présent agrément. Je comprends qu'il s'agit d'un contrat légal et que je le signe volontairement, sans incitation ni contrainte. Je comprends qu'il s'agit d'une décharge inconditionnelle et complète de toute responsabilité dans toute la mesure permise par la loi. Si une partie du présent agrément s'avère juridiquement inapplicable, cette partie sera supprimée, et le reste aura pleine force juridique. J'accepte d'être lié par le présent agrément sans modification du texte pré imprimé. J'ai plus de 18 ans et je suis légalement apte à m'engager pour cet agrément, ou j'ai obtenu le consentement écrit de mes parents ou de mon tuteur en remplissant le formulaire SSI "Annexe pour les Jeunes".

Nom du participant (en lettres majuscules)

Signature du participant

Date (JJ/MM/AA)

Parent/tuteur (en lettres majuscules)

Signature Parent/tuteur

Date (JJ/MM/AA)



Prénom

Nom

En inscrivant mon nom ici, je reconnais être responsable du contenu de cette page.

## ANNEXE POUR LES JEUNES - INCORPORÉ SOUS FORME D'ANNEXE À L'AGRÉMENT DE RECONNAISSANCE DES RISQUES, DE LA DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ ET CONVENTION DE NON-RESPONSABILITÉ

(Formulaire à ne pas utiliser au sein de l'Union européenne et dans divers autres pays en fonction des lois/réglementations locales - Le Centre de formation/Training center et les professionnels doivent connaître et respecter les lois/réglementations locales)

### AVIS AU TUTEUR NATUREL DE L'ENFANT MINEUR

LISEZ ATTENTIVEMENT CE FORMULAIRE DANS SA TOTALITÉ. VOUS ACCEPTEZ DE LAISSER VOTRE ENFANT MINEUR PRATIQUER UNE ACTIVITÉ POTENTIELLEMENT DANGEREUSE. VOUS CONVENEZ QUE, MÊME SI LES PARTIES LIBÉRÉES FONT PREUVE D'UNE DILIGENCE RAISONNABLE DANS LA PRESTATION DE CETTE ACTIVITÉ, IL Y A UN RISQUE QUE VOTRE ENFANT SOIT GRAVEMENT BLESSÉ OU TUÉ EN PARTICIPANT À CETTE ACTIVITÉ PARCE QU'IL Y A CERTAINS DANGERS INHÉRENTS À L'ACTIVITÉ QUI NE PEUVENT ÊTRE ÉVITÉS OU ÉLIMINÉS. EN SIGNANT CE FORMULAIRE, VOUS RENONCEZ AUX DROITS DE VOTRE ENFANT ET À VOTRE DROIT DE RECOURS AUPRÈS DES PARTIES LIBÉRÉES DANS LE CADRE D'UNE POURSUITE POUR TOUT PRÉJUDICE CORPOREL, Y COMPRIS LE DÉCÈS, SUBI PAR VOTRE ENFANT OU TOUT DOMMAGE MATÉRIEL RÉSULTANT DES RISQUES FAISANT PARTIE INTÉGRANTE DE L'ACTIVITÉ. VOUS AVEZ LE DROIT DE REFUSER DE SIGNER CE FORMULAIRE, ET LES PARTIES LIBÉRÉES ONT LE DROIT DE REFUSER LA PARTICIPATION DE VOTRE ENFANT SI VOUS NE SIGNEZ PAS CE FORMULAIRE AINSI QUE LA RECONNAISSANCE DES RISQUES, LA DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ ET LA CONVENTION DE NON-RESPONSABILITÉ.

LA PRÉSENTE ANNEXE POUR LES JEUNES POUR LA RECONNAISSANCE DES RISQUES, LA DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ ET LA CONVENTION DE NON-RESPONSABILITÉ EST VALIDE POUR UNE PÉRIODE D'UN AN À COMPTER DE LA DATE DE SIGNATURE.

Nom du participant (en lettres majuscules)

Signature du participant

Date (JJ/MM/AA)

Nom en lettres majuscules du parent/tuteur (le cas échéant)

Signature du parent/tuteur (le cas échéant)

Date (JJ/MM/AA)