

AFFILIATION REGULIÈRE ET ACCEPTATION DES RISQUES Convention de participation entre *Eau Vive Québec* et le *participant*.

l	PRÉNOI	PRÉNOM, NOM :								
Participant	Courriel	Courriel :				Т	Téléphone :			
artic	Adresse):			Ville :					
	Provinc	e:		Code Postal : Âge		Âge :	:			
	Tuteur	PRÉNOM, NOM:								
		Courriel:					Téléphone :			
DIS	SCIPLIN	1E								
Kayak		Planche à Pagaie		Surf	Rafting		Autre:			
TYI	PE D'AI	FFILIAT	ION							
Ir	ndividuel	Membre	Régulier				25\$			
F	Famille						55\$			
Ir	Intervenant (Instructeur, Formation, Entraineur)						50\$			
А	Administrateur						5\$			
E	ssai École	e / Bénévo	Bénévoles					1\$		
CE	RTIFIC	ATION /	['] NIVEAU							
kAYAK			Pratiquant	Instructeur	Entraineur		Officiel	Expiration		
SI	UP		Pratiquant	Instructeur	Entraineur		Officiel	Expiration		
SEV			Pratiquant	Instructeur	Entraineur		Officiel	Expiration		
PREMIERS SOINS		Pratiquant	Instructeur	Entraineur		Officiel	Expiration			



AFFILIATION REGULIÈRE ET ACCEPTATION DES RISQUES Convention de participation entre *Eau Vive Québec* et le *participant*.

LE PARTICIPANT SOUSSIGNÉ DÉCLARE CE QUI SUIT :

☐ Je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents à la pratique qui font partie du programme. Les risques sont, de façon plus particulière, mais non limitative :

- Blessures dues à des chutes ou autres mouvements (entorse, foulure, fracture, dislocation, blessures avec objet contondant ou coupant (pagaie, matériel, etc.)).
- Blessures résultant de contact accidentel ou non entre les individus.
- · Contact avec l'eau ou noyade.

□ J'accepte en toute connaissance de cause la nature de ces risques comme partie intégrante de l'activité de kayak, de rafting, de planche à pagaie (SUP), de surf ou de kayak-polo, ainsi que les conséquences pouvant en résulter.
\Box Je comprends que le personnel pourra exclure de l'activité toute personne pouvant présenter un risque pour les autres.
\Box Je m'engage à suivre toutes les directives et instructions données par l'organisation, ses moniteurs, guides ou autres préposés, et ce, en tout temps.
☐ Je déclare que j'entends participer aux activités à mes propres risques et que je dégage spécifiquement les organisateurs, ses administrateurs ainsi que ses employés, de toutes responsabilités eu égard aux pertes et dommages matériels qui peuvent en résulter.
☐ J'accepte d'être pris en photo ou en vidéo et j'accepte que celles-ci soient diffusées publiquement ou à des fins promotionnelles.
Signature (tuteur responsable si moins de 16 ans) Date

PAIEMENT DES FRAIS D'AFFILIATION

- Par chèque à Eau Vive Québec : 7665, boul. Lacordaire, Montréal (Québec) H1S 2A7
- Par transfert bancaire : NOM de notre organisme : Eau Vive Ouébec

NOM de notre caisse : Caisse Desjardins Coeur-de-l'Île

Institution: 815 Transit: 30015

No compte: 205617 - 4