



Centre Équithérapie LibrePassion

401 chemin neuf

Cap-Santé, QC

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F ___ M ___

Date de naissance : _____ Taille : _____ Poids : _____ (bien distribuer la monture)

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____

Téléphone :

Domicile : _____ Travail : _____

Cell : _____

Courriel : _____

Parents-Tuteur(enfant et adolescent)

Mère : Nom : _____ Prénom : _____

Tél (maison) : _____ Travail : _____ Cell : _____

Père : Nom : _____ Prénom : _____

Tél(maison) : _____ Travail : _____ Cell : _____

Expérience équestre :

Oui ___ Non ___ Quel type d'expérience : _____

Trot: ___ Assis ___ Enlevé ___

___ Galop ___ Saut

A-t-il déjà suivi des cours d'équitation : Oui ___ Non ___ Quel niveau : ___

Tonus musculaire (spasticité, flaccidité, etc.)

Tonus des membres supérieurs : _____

Tonus des membres inférieurs : _____

Tonus du tronc : _____

Équilibre

Position assise : _____ Debout : _____

En marchant : _____

Communication

Langage parlé : _____

Langage gestuel : _____ Autre : _____

Élocution

Correcte : _____ Passable : _____ Faible : _____

Compréhension

Correcte : _____ Passable : _____ Faible : _____

Fonctions sensorielles Vue : _____ Ouïe : _____

Toucher : _____

Autres aspects pertinents à connaître (opposition, agressivité, mutisme, phobie, délire, hallucination, obsession, autres...)

Fiche médicale

Nom du client : _____

No. Assurance maladie : _____ Exp : _____

N.B : Placez toujours la carte d'assurance maladie de votre enfant dans son sac

Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les parents)

1. Nom : _____ Lien : _____ Tél : _____
2. Nom : _____ Lien : _____ Tél : _____

Le client souffre t-il (cochez et remplissez au besoin)

- Asthme : _____
- Diabète : _____
- Déficit d'Attention : _____
- Hyperactivité : _____
- Allergies aux médicaments : _____
- Allergie alimentaire : _____
- Autres allergies : _____
- Autres maladies : _____

Prise de médicaments : ____ oui ____ non

Nom du médicament(s) : _____ Posologie : _____

Votre enfant a-t-il un épipen? _____

Premiers soins et administration de médicaments :

A titre de parent ou tuteur, j'autorise les instructeurs du Centre d'Équithérapie LIBREPASSION a prodiguer les premiers soins et a administrer les médicaments tel que prescrits. Si les instructeurs juge nécessaire, j'autorise également a transporter moi-même ou l'enfant sous ma responsabilité pour ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

___ j'accepte ___ Je refuse



Autorisation médicale

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

N° d'assurance maladie : _____ Date d'échéance : ____/____/____

Diagnostic: _____

Taille : _____ Poids : _____ Sexe : _____

Médicaments : _____

Par la présente, j'autorise la personne dont le nom figure précédemment à participer au programme d'équitation thérapeutique offert par : Centre *Équithérapie LibrePassion* en collaboration avec :

Établissement(s) impliqué(s) si requis

Nom du médecin :

(Veuillez écrire lisiblement)

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Signature du médecin: _____

Date: ____/____/____

CONSETEMENT DES PARENTS D'UN ENFANT MINEUR

Reconnaissance et acceptation du risque

En considération de l'autorisation accordée a mon enfant mineur de participer aux évènements, activités et épreuves équestres du centre d'équithérapie LIBREPASSION, je conviens et garantis ce qui suit :

- Je suis l'un des parents ou tuteurs ayant l'entière responsabilité légale a l'égard des décisions concernant mon enfant mineur.
- Je connais la nature des évènements, activités et épreuves équestres du Centre d'Équithérapie LIBREPASSION et j'accepte en mon nom personnel, ainsi que celui de mon enfant mineur qu'il y a des risques sérieux de dommages, blessures corporelles, voir même de mort, en participant aux activités équestres et particulièrement de compétitions.
- Je suis convaincu personnellement et je crois que mon enfant mineur est dans une forme physique, émotionnelle et mentale lui permettant de participer aux activités et compétitions du centre d'Equithérapie LIBREPASSION.
- Je comprends parfaitement et je donnerai instruction a mon enfant mineur, que toutes les règles relatives a la participation aux activités, évènements et compétitions du Centre Équithérapie LIBREPASSION doivent absolument être suivies et qu'en tout temps, mon enfant mineur sera seul responsable de sa sécurité personnelles.
- Je retirerai immédiatement mon enfant mineur de tout participation et avisera les représentants officiels du Centre d'Équithérapie LIBREPASSION si , a quelque moment que ce soit, j'ai le sentiment ou j'observe quelques situations dangereuses ou non-sécuritaire ou si le sentiment que la condition physique, émotionnelle ou mentale nécessaire a la continuation de la participation de mon enfant mineur dans les activités, évènements et compétitions équestres se détériore.

J'AI LU ET JE COMPRENDS LA PRÉSENTE RECONNAISSANCE DE RISQUE

J'AI SIGNÉ LE PRÉSENT DOCUMENT VOLONTAIREMENT ET SANS AUCUNE INFLUENCE

Signature du parent ou tuteur

Nom en lettres moulées du parent ou tuteur

Signature du témoin

Nom en lettres moulées du témoin

Date : _____ Âge de l'enfant mineur : _____

CONSETEMENT ET ACCEPTATION DU RISQUE D'UN PARTICIPANT ADULTE

Je reconnais et conviens pour mon bénéficiaire personnel et celui de mes héritiers, successeurs représentant et ayant droit, que ma participation dans le programme équestre du Centre d'Équithérapie LIBREPASSION et ma signature au bas du présent document signifient que :

- Je suis au courant et j'ai été bien informé qu'il y a des risques importants, incluant le risque de blessures sérieuses ou de mort, associés à l'équitation en général et aussi lors de compétitions.
- Je reconnais et accepte tous ces risques associés à ma participation dans le programme équestre du Centre d'Équithérapie LibrePassion, même si ces risques proviennent de la négligence ou de la grossière négligence, incluant l'aggravation de blessures causés par des opérations ou procédures d'urgence inadéquates, de l'organisateur du programme, des responsables du programme, ainsi que toute personne associée de près ou de loin participant au programme.
- Je comprends que toutes les règles relatives à la participation au programme doivent être suivies scrupuleusement et qu'en tout temps je serai le seul responsable de ma sécurité.
- Je cesserai immédiatement toute participation dans le programme et j'en aviserai les responsables du Centre d'Équithérapie Librepassion, si à quelques moments que ce soit, je perçois ou j'ai le sentiment qu'il y a des risques inhabituels ou quelques conditions non-sécuritaires ou si j'ai le sentiment que ma condition physique, émotionnelle ou mentale ne me permet de continuer de participer au programme.
- Je donne par la présent quittance complète et définitive et je renonce à tout droit d'action et à toute réclamation auxquels je pourrais prétendre contre le Centre Équithérapie LibrePassion, ses directeurs, officiers, employés, guides et représentants, publicistes, autres participants, commanditaires, responsables d'exécution du programme, ainsi que leurs propres directeurs, officiers, employés, guides, et représentants(ci-apres collectivement désignés les bénéficiaires) à l'égard de toutes responsabilités pour toutes pertes, dommages, blessures ou dépenses que je pourrais subir ou encourir et résultant de ma présence ou de ma participation aux activités, événements et compétitions équestres et résultant de toutes causes, incluant la négligence et la grossière négligence, le bris de contrat ou le bris de tout devoir légal ou autres de soins, de la part des bénéficiaires.
-

J'ai lu et je comprends le présent dégageant de responsabilités, renonciation à tous recours et assumption de risques et je suis au courant qu'en signant, je renonce à certains droits légaux substantiels, incluant mon droit d'intention des procédures judiciaires.

J'ai signé le présent document volontairement et sans aucune influence.

Signature du client

Signature du témoin à la signature du client

PHOTOS ET DOCUMENTS AUDIO-VISUELS

Étant donné que le Centre d'Équithérapie LibrePassion ou ses mandataires pourraient prendre des photos ou filmer diverses activités équestres et du participant en particulier, et qu'ils pourraient se servir de ce matériel à des fins promotionnelles, je les autorise à utiliser ce matériel à ces fins.

J'accepte Je refuse

PS : Les formulaires doivent être complétés afin de pouvoir accepter tout participant aux activités du Centre d'Équithérapie LibrePassion.

Signature du client ou tuteur du client

Date