



Nom du voyage ou de l'activité : \_\_\_\_\_

Date du voyage ou de l'activité : \_\_\_\_\_

**A. Identification du participant**

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

**B. Personnes mineures ou groupe d'enfants**

Parent, tuteur : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

Représentant de l'autorité responsable : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants et groupe d'âge : \_\_\_\_\_

**c. Risques inhérents à l'activité**

Les risques de l'activité à laquelle je vais participer sont de façon plus particulière mais non-limitative :

- Une chute ou autres mouvements (entorse, foulure, fracture, etc.);
- Un terrain incliné et accidenté, comportant des voies aménagées ou non, avec des obstacles peu ou pas apparents, où une personne peut se rendre ou se placer en situation dangereuse;
- Des risques inhérents ou inconforts à la météo (orage, tempête de neige, etc.) et à l'environnement (éboulement ou chutes de pierres, arbres, glace, avalanche ou autres matériaux ;
- Des animaux sauvages ou domestiques, ou des plantes vénéneuses ou irritantes;
- Des comportements, mêmes négligents, de la part d'autres usagers;
- Des ancrages permanents non sécuritaires ne protégeant pas en cas de chute;
- Une défaillance des équipements de protection individuelle
- Engelure ou hypothermie, brûlure ou troubles dues à la chaleur
- Maladies de haute montagne telles le MAM, l'œdème cérébral, l'œdème pulmonaire
- Infections respiratoires
- Infections gastro-intestinales

Initiales

**D. Reconnaissance et acceptation des risques**

J'accepte que l'activité que j'entends pratiquer comporte des risques pouvant causer des blessures ou un décès. Ces risques sont identifiés au paragraphe ci-dessus, sans pour autant s'y limiter.

J'accepte la nature de ces risques comme partie intégrante de l'activité, ainsi que les conséquences pouvant en résulter. Je reconnais que l'activité se pratique sur des terrains accidentés, éloignés et difficiles d'accès. En cas de besoin, la communication s'effectuera difficilement, un sauvetage sera long et ardu et les soins médicaux ne pourront être administrés dans des délais raisonnables.

Je comprends que le personnel de TERRA ULTIMA pourra exclure toute personne pouvant représenter un risque pour elle-même ou pour les autres.

Initiales



**E. Autorisation d'intervenir en cas d'urgence**

En cas de blessure ou d'accident, ou en cas d'inconscience de ma part, j'autorise le personnel de TERRA ULTIMA à me prodiguer les soins d'urgence nécessaires et à prendre les mesures qui s'imposent pour me faire évacuer (ambulance, hélicoptère, garde côtière ou autrement) dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire, le tout s'il y a lieu à mes frais.

J'autorise la personne qui donne les premiers soins à m'administrer les médicaments requis, à l'exclusion des produits suivants : \_\_\_\_\_

Si je suis sous traitement médical ou si j'ai des réactions connues face à certaines situations (ex : réaction anaphylactique), j'en ai avisé TERRA ULTIMA et j'ai indiqué la marche à suivre en cas d'incapacité de ma part à m'administrer moi-même le traitement.

**Enfants :** S'il est impossible de rejoindre les parents ou les responsables de l'enfant, j'autorise le médecin choisi par le personnel cadre de l'activité à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Initiales

**F. Décharge de responsabilité pour le matériel**

Je soussigné, renonce par la présente à toute réclamation, ainsi qu'à toute poursuite en dommages et intérêts pour tout dommage aux biens et matériels m'appartenant (usure normale, perte, bris, vol, vandalisme).

Initiales

**G. Retour prématuré**

Je soussigné, accepte que qu'elles que soient les circonstances d'un retour prématuré (maladie, libre décision, etc.), la portion non terminée du voyage n'est pas remboursable, sauf les coûts des transports aériens ou ferroviaires remboursables qu'elle contient, le cas échéant.

Tous les frais relatifs aux premiers soins et à l'évacuation seront à ma charge.

Je reconnais que les voyages et activités offerts par TERRA ULTIMA se déroulent dans des régions isolées. Les soins médicaux peuvent être à des heures, voire même des jours de distance. En cas de besoin, la communication s'effectuera difficilement, un sauvetage sera long et difficile et les soins médicaux ne pourront être administrés dans des délais raisonnables.

Initiales

**\*\*Apparition médiatique :**

Je soussigné \_\_\_\_\_, autorise Terra Ultima à utiliser toutes les photos, vidéos ou autres documents, qui auront été réalisés lors du voyage auquel j'ai participé et sur lesquelles je pourrais apparaître, dans ses communications ou publicités futures.



#### H. Engagement du participant

J'affirme avoir l'état de santé, la forme physique et l'attitude mentale requise pour une telle activité.  
Si l'activité nécessite un contact avec l'eau (traverse de rivière, etc.), je déclare être à l'aise dans l'eau.

Je m'engage à me conduire en tout temps de façon responsable et sécuritaire, de manière à éliminer ou à réduire les conséquences de ces risques pour moi-même et pour les autres.

Je m'engage à suivre en tout temps les consignes et les directives données par le personnel de TERRA ULTIMA.

Je m'engage à demander clairement ce qu'il faut faire devant une difficulté qui m'est inconnue, et à signifier ma volonté de ne pas exécuter une manœuvre qui me semble trop difficile.

Je m'engage à ne pas aller au-delà de mes capacités et à aviser la personne responsable de tout malaise, douleur ou symptôme ressenti pendant la pratique de l'activité.

Je déclare ne pas être sous l'influence excessif de l'alcool ni aucune drogue ou d'en faire l'usage modéré hors des randonnées ou ascensions de sommets.

J'affirme avoir lu et compris le présent document, ainsi que le *Carnet de Voyage et Cahier du voyageur*, et entreprendre la pratique de cette activité en toute connaissance de cause.

Initiales

#### I. Confirmation des renseignements et acceptation des risques

J'atteste que les renseignements consignés dans la présente fiche sont exacts, et cela au meilleur de ma connaissance. Je certifie ne pas avoir délibérément omis de renseignements sur mon état de santé pertinents ou non. Je suis conscient(e) que l'information contenue dans la présente fiche est confidentielle et vise à mieux planifier et encadrer la sécurité des activités et voyages auxquels je participerai et qu'elle permettra à TERRA ULTIMA de dresser un profil de sa clientèle. Je suis conscient(e) que les activités et voyages offerts par TERRA ULTIMA se déroulent dans des milieux semi-naturels ou naturels possiblement accidentés qui, conséquemment sont plus éloignés des services médicaux. Cet état de fait pourrait entraîner de longs délais lors d'une urgence nécessitant une évacuation, et par conséquent, une possible aggravation de mon état ou de la blessure. Ayant pris connaissance de ces risques et ayant eu l'occasion d'en discuter avec le personnel de TERRA ULTIMA, je reconnais avoir été informé(e) sur les risques inhérents aux activités et je suis en mesure d'entreprendre l'activité ou le voyage en TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE ET EN ACCEPTANT LES RISQUES que peut comporter ce séjour ou cette activité. 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. Le guide 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 ou le présent voyage pour un motif ou pour un autre.

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Témoin (nom en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_