

## DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ Dénonciation de danger

Nom complet du participant: \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ No. D'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Nom de la personne à joindre en cas d'accident : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone de cette dernière : \_ ( \_ \_ \_ ) \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_

Moi, \_\_\_\_\_ ( Nom et prénom en lettres moulées), je décharge et libère totalement les membres de l'organisation et de l'animation du *Grandeur Nature Les Cycles du Clair-Obscur*, l'organisme des *Cycles du Clair-Obscur* lui-même, les joueurs participants à l'activité ainsi le propriétaire du terrain (soit \_\_\_\_\_) de toute responsabilité en cas d'accident de quelque nature que ce soit, de vol ou de dommage sans aucunes exceptions ni réserves en rapport à ma participation ou à ma présence à l'événement du \_\_\_\_\_ (Date précise du GN ou la saison) situé au \_\_\_\_\_ (adresse du GN).

J'ai conscience que la participation comporte des **risques** de blessures communs aux activités en plein air et aux sports de contact et je choisis volontairement et librement d'en assumer les risques. Ces risques peuvent être en lien avec l'environnement extérieur, le terrain irrégulier, les activités nocturnes, la proximité ou participation avec des situations de combat simulé, etc. Il est de **ma responsabilité** de veiller à ma propre sécurité en usant de précaution. J'ai connaissance des **règlements de sécurité** et m'engage à les respecter.

De plus, je m'engage à me porter garant(e) sur ma responsabilité civile de tout dommage dont je serais, de manière volontaire ou involontaire, responsable, lors du même jeu organisé par les *Cycles du Clair-Obscur*. Je permets aussi à l'organisation de **prendre et publier des photographies** de moi durant l'activité, à condition que celles-ci soient respectueuses. Dans le cas où je désirerais une assurance de n'importe quelle sorte, je devrais y pourvoir moi-même.

J'ai lu attentivement cette décharge. Je la signe en connaissance de cause.

Fait à \_\_\_\_\_ (Lieu de signature), le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

### **Joueur mineur seulement**

Nom en lettres moulées du parent ou tuteur: \_\_\_\_\_

Signature de ce dernier: \_\_\_\_\_

### **Joueur de moins de 13 ans**

Je (adulte responsable sur place (lettres moulées)) \_\_\_\_\_, m'engage à prendre sur moi toute la responsabilité de \_\_\_\_\_ (joueur de moins de 13 ans)

Signature du responsable: \_\_\_\_\_

## Questionnaire médical obligatoire

Ce questionnaire n'est là qu'à titre informatif. Il n'augmente en rien la responsabilité de l'organisation. Il en est de la responsabilité du participant de dénoncer tout changement pertinent à ses conditions médicales.

Nom complet (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : |\_\_|\_|\_| |\_\_|\_|\_| |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire : |\_\_|\_|\_| |\_\_|\_|\_| |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_| (jour mois année)

**1. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ? Êtes-vous limité(e), à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?**

1) Oui. Expliquez : \_\_\_\_\_ 2) Non

**2. Avez-vous été opéré récemment ?**

1) Oui. Date et raisons : \_\_\_\_\_ 2) Non

**3. Porterez-vous durant l'activité... (Encerclez)**

1) Lunettes 2) Lentilles 3) Prothèse auditive 4) Prothèse dentaire fixe ou amovible  
5) Toute autre prothèse (hanche, pile pour le cœur) 6) Autre : \_\_\_\_\_

**4. Troubles de santé connus (Encerclez)**

1. Maladies ou troubles cardio-vasculaire (hypertension, angine, «pacemaker»)  
2. Maladies ou problèmes pulmonaires (asthme, bronchite chronique ?)  
3. Maladies ou problèmes digestifs  
4. Maladies ou problèmes psychique (trouble du sommeil, dépression)

**Expliquez :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Autres troubles et états particuliers (grossesse, migraine, trouble de la peau, dentaires, maux de dos, handicaps, etc.)**

1) Oui. Expliquez : \_\_\_\_\_ 2) Non

**6. Indiquez tout médicament ou autre traitement médical que vous apporterez durant l'activité (épipen, pompes pour l'asthme, etc.).**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7. Indiquez si un événement récent pourrait influencer votre perception du jeu, heurter votre sensibilité ou vous causer un malaise (décès récent d'un proche, traumatisme, phobie grave, etc.)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8. Toute information susceptible de modifier le jeu à votre égard**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_