

Formulaire d'acceptation des risques

Groupe ViActive

Nom	
Adresse	
Ville	
Province	
Code postal	
Date de naissance	
Téléphone	
Courriel	

Je, en participant aux séances d'exercices ViActive, suis une personne qui reconnaît que la pratique d'activité comporte certains risques. Par la présente, je dégage les bénévoles animateurs de ViActive et le Comité des Loisirs de Kiamika de toute responsabilité vis-à-vis les risques que je peux courir.

Ce document sera remis signé à la première séance et la preuve de vaccination contre la COVID-19 devra être validée.

signature

Problèmes de santé connus

Au besoin, prenez note que j'ai en ma possession les médicaments suivants :	
Nom du médicament	Besoin
Ces médicaments sont dans :	

EN CAS D'URGENCE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LA PERSONNE SUIVANTE	
Nom :	
Téléphone :	