

# FORMULAIRE RECONNAISSANCE ET ACCEPTATION DES RISQUES DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ DU PARTICIPANT

À L'USAGE DE L'ORGANISATEUR

## ORGANISATEUR D'UNE ACTIVITÉ ÉQUESTRE

Nom de l'entreprise ou l'organisation: ASSOCIATION DE PERFORMANCE ÉQUESTRE DE LA MAURICIE

Adresse complète: -

Nom de la personne responsable: MICHEL CHARETTE, PRÉSIDENT

Numéro de téléphone: 514-233-3054

Adresse courriel: APEMMAURICIE@HOTMAIL.COM

ci-après nommé l'organisateur

## ACTIVITÉ ÉQUESTRE

Nom de l'activité équestre: COMPÉTITIONS APEM 2021

Description: COMPÉTITIONS APEM 2021

Adresse complète: 3625 RUE DES ALBATROS, BÉCANCOUR, QC, G9H 3Y2

Date: 17-18 JUILLET ET 7-8 AOÛT

ci-après nommé l'activité équestre

## PARTICIPANT

Nom de la personne: \_\_\_\_\_

Adresse complète: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

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

ci-après nommé le participant

### ➤ Reconnaissance de risques liés à la pratique d'activité équestre

Je reconnais que la pratique des activités équestres et la participation à ces dernières comportent des risques inhérents de blessures sérieuses.

## > Reconnaissance de risques concernant la COVID-19 <sup>1</sup>

Le nouveau coronavirus, COVID-19, a été déclaré pandémie mondiale par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La COVID-19 est extrêmement contagieuse et se propagerait principalement par contact de personne à personne. Par conséquent, les autorités gouvernementales, tant locales que provinciales et fédérales, recommandent diverses mesures et interdisent divers comportements, le tout dans le but de réduire la propagation du virus.

Le participant s'engage à se conformer à toutes les exigences et recommandations de la Santé publique du Québec et autres autorités gouvernementales, et à mettre en place et adopter tous les comportements nécessaires à cet effet. Cependant, l'organisateur ne peut garantir qu'aucun participant ne sera infecté par la COVID-19. De plus, votre participation à cette activité équestre pourrait augmenter vos risques de contracter la COVID-19, malgré toutes les mesures en place.

En signant le présent document,

1. Je reconnais la nature hautement contagieuse de la COVID-19 et j'assume volontairement le risque que je puisse être exposé ou infecté par la COVID-19 par ma participation à l'activité équestre offerte par l'organisateur. L'exposition ou l'infection à la COVID-19 peut notamment entraîner des blessures, des maladies ou autres affections;
2. Je déclare que ma participation à l'activité équestre offerte par l'organisateur est volontaire;
3. Je déclare que ni moi, ni personne habitant sous mon toit, n'a manifesté des symptômes de rhume ou de grippe (incluant de la fièvre, toux, mal de gorge, maladie respiratoire ou des difficultés respiratoires) au cours des 14 derniers jours;
4. Je m'engage à ne pas me présenter ou participer à l'activité équestre offerte par l'organisateur si après la signature du présent formulaire j'éprouve des symptômes de rhume ou de grippe, et ce, durant au moins 14 jours après la dernière manifestation des symptômes de rhume ou de grippe.
5. Je déclare que ni moi, ni personne habitant sous mon toit, n'a voyagé ou fait escale à l'extérieur du Canada dans les 14 derniers jours. Si je voyage à l'extérieur du Canada après avoir signé le présent formulaire, je m'engage à ne pas me présenter ou participer à l'activité équestre offerte par l'organisateur durant au moins 14 jours après mon retour de voyage.

## > Dégagement de responsabilité

Je tiens indemne et libère sans restriction Cheval Québec <sup>2</sup> et ses associations affiliées, l'organisateur et l'hôte lorsqu'applicable, de sa responsabilité pour tout dommage, blessure, maladie, affection et perte découlant de ma participation à l'activité équestre offerte par l'organisateur. Le soussigné, en son nom ou celui de son enfant et/ou pupille, reconnaît qu'il est physiquement et émotionnellement capable de participer à l'activité équestre offerte par l'organisateur.

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ LE PRÉSENT FORMULAIRE LIBREMENT ET EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE.

\_\_\_\_\_  
Nom du participant (lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Nom du parent / tuteur / responsable légal  
(si le participant est mineur ou ne peut légalement donner son accord)

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

\_\_\_\_\_  
Signature du parent / tuteur / responsable légal

Signé à \_\_\_\_\_ en ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> jour du mois de \_\_\_\_\_ 2021.

<sup>1</sup> Cette section demeurera en vigueur jusqu'à ce que l'organisateur reçoive les directives des autorités gouvernementales provinciales et de la Santé publique du Québec, à l'effet que les engagements contenus à la présente déclaration ne soient plus nécessaires.

<sup>2</sup> Canada Équestre délègue à Cheval Québec, pour le territoire du Québec, la responsabilité d'administrer les compétitions de certains niveaux en appliquant ses réglementations et exigences. Cheval Québec ne peut, en aucun cas, être tenu responsable pour son rôle d'agent d'émission de permis.

RÉINITIALISER

ENREGISTRER

IMPRIMER