



Déclaration du Bubblemaker

Dossier du participant

(informations confidentielles)

VEUILLEZ ECRIRE LISIBLEMENT.

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Pays _____ Code postal _____ Ville _____

Tél. dom. (_____) _____ E-mail _____

Personne à contacter en cas d'urgence _____ Relation _____

Premier Téléphone (_____) _____ Privé Professionnel Portable

Deuxième Téléphone (_____) _____ Privé Professionnel Portable

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Au participant: Répondez par OUI ou par NON à chacun des points suivants qui concernent vos antécédents médicaux ou votre actuelle condition médicale. Si une seule de ces conditions s'applique à votre cas, nous vous demanderons de consulter un médecin **avant** de participer à une expérience de plongée scaphandre. Si une seule de ces conditions s'applique à votre cas, veuillez nous réclamer une Déclaration médicale (10063F) pour que vous la remettiez à un médecin.

- Oui Non Je souffre actuellement d'un rhume ou d'une congestion.
- Oui Non J'ai des antécédents médicaux concernant des problèmes ou des maladies respiratoires.
- Oui Non J'ai eu de l'asthme, de l'emphysème ou une tuberculose.
- Oui Non Je souffre actuellement d'une infection de l'oreille.
- Oui Non J'ai périodiquement des problèmes ou des maladies d'oreilles, ou j'ai subi une intervention chirurgicale aux oreilles.
- Oui Non J'ai des antécédents médicaux concernant des problèmes de sinus.
- Oui Non J'ai eu des problèmes pour équilibrer mes oreilles en avion ou en montagne.
- Oui Non Je suis diabétique.
- Oui Non J'ai des antécédents cardiaques (ex: maladie cardiovasculaire, angine de poitrine, crise cardiaque).
- Oui Non J'ai eu antérieurement une attaque, des vertiges ou des évanouissements.
- Oui Non J'ai des problèmes avec mon système nerveux.
- Oui Non J'ai une santé fragile, des problèmes mentaux ou psychologiques (panique incontrôlable, peur des espaces fermés ou ouverts).
- Oui Non J'ai périodiquement des problèmes et des antécédents médicaux concernant mon dos ou j'ai subi une intervention de la moelle épinière.
- Oui Non Je prends actuellement des médicaments qui m'ont été prescrits comportant une mise en garde sur les diminutions de mes capacités physiques ou mentales (à l'exception de médicaments anti-paludisme).
- Oui Non J'ai eu récemment une opération ou une maladie.
- Oui Non Je suis suivi par un médecin ou je souffre d'une maladie chronique.

RECONNAISSANCE DES RISQUES ET DE DECHARGE DE RESPONSABILITES DU PROGRAMME BUBBLEMAKER

Avant de signer, veuillez lire attentivement ce contrat et remplir tous les espaces.

Je, _____ (parent/tuteur) et _____ (participant), par la présente, affirmons que nous avons pris connaissance et comprenons les dangers inhérents à la plongée scaphandre, qui peuvent conduire à des lésions graves, voire la mort.

Nous comprenons que certains risques sont liés aux activités aquatiques dirigées dans et autour d'une piscine ou sur un site de plongée en milieu protégé et nous assumons pleinement les risques de telles lésions.

Nous comprenons que la plongée avec air comprimé implique certains risques et que mon enfant y sera exposé. Une maladie de décompression, une embolie ou d'autres lésions hyperbares peuvent survenir et nécessiter un traitement en chambre de recompression. Nous comprenons d'autre part, que cette activité peut être dirigée sur un site de plongée éloigné d'une telle chambre de recompression, soit en temps, soit en distance ou les deux. Nous choisissons pourtant de pratiquer cette activité malgré l'absence de chambre de recompression à proximité du lieu où l'activité sera pratiquée.

Nous comprenons et acceptons que, ni les professionnels de la plongée qui dirigent cette activité, ni l'établissement au sein duquel cette activité est dirigée, _____, ni International PADI Inc., ni aucun de leurs employés respectifs, membres du bureau, agents ou ayants-droit (ci-après désignée "parties déchargées") ne peuvent être tenus comme responsables en aucune manière, des lésions, du décès ou d'autres dégâts sur mon enfant, moi-même, ma famille, nos héritiers ou nos ayants-droit, qui peuvent survenir au cours de la participation de mon enfant à cette activité ou résultant de la négligence de toute partie, comprenant les parties déchargées, qu'elle soit passive ou active

Nous comprenons également que la plongée scaphandre est un sport fatigant, que mon enfant fera des efforts physiques au cours de cette activité et que si il/elle est blessé(e) à la suite d'une crise cardiaque, d'une panique, d'hyperventilation, etc., nous assumons formellement les risques de telles lésions survenues à mon enfant. Nous affirmons que nous n'en tiendrons pas pour responsables les personnes ou les entreprises susmentionnées.

Considérant que mon enfant est autorisé à participer à cette activité, par la présente, nous assumons personnellement tous les risques qui y sont inhérents et toutes les lésions, blessures ou dégâts qui peuvent survenir à mon enfant au cours de sa participation à l'activité, y compris tous les risques qui y sont liés, qu'ils soient prévisibles ou imprévisibles.

Par ailleurs, nous comprenons que l'activité en soi est sans danger et déchargeons les parties déchargées de toute demande d'indemnisation ou poursuites judiciaires engagées par mon enfant, moi-même, ma famille ou notre responsable juridique, héritiers ou ayants-droit, résultant de la participation de mon enfant à cette activité.

Nous comprenons et acceptons que cette décharge est divisible et que toute section contenue dans ce document qui pourrait être une violation d'une loi ou d'une réglementation gouvernementale faisant juridiction, doit affecter seulement cette section, considérée alors comme invalide ou inopérante, les autres sections de cette décharge doivent rester en vigueur et être appliquées.

En outre, je déclare que je suis majeur, donc légalement compétent à signer ce contrat d'Acceptation des Risques et de Décharge de Responsabilités et, en tant que parent, je consens par écrit à la participation de mon enfant.

Nous comprenons que les clauses énoncées dans la présente ne sont pas seulement un simple texte, mais contractuelles et que nous avons signé cette décharge de notre plein gré.

JE _____ (PARENT/TUTEUR) ET _____ (PARTICIPANT),
PAR CET ACTE JURIDIQUE, DEGAGE ET DECHARGE LES PROFESSIONNELS DE LA PLONGEE DIRIGEANT
CETTE ACTIVITE, L'ETABLISSEMENT AU SEIN DUQUEL CETTE ACTIVITE EST DIRIGEE ET INTERNATIONAL
PADI INC., AINSI QUE TOUTES LES ENTITES IMPLIQUEES DEFINIES CI-DESSUS, DE TOUTE RESPONSABILITE
QUELLE QU'ELLE SOIT, POUR DES LESIONS PHYSIQUES, DEGATS SUR BIENS PERSONNELS OU DECES
INJUSTIFIE, QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE, Y COMPRIS, MAIS N'Y ETANT PAS LIMITE, A LA NEGLIGENCE DES
PARTIES DECHARGEES, QU'ELLE SOIT PASSIVE OU ACTIVE.

NOUS NOUS SOMMES ENTIEREMENT INFORME DU CONTENU DE CE CONTRAT DE DECHARGE DE RESPONSABILITES ET D'ACCEPTATION DES RISQUES EN LE LISANT AVANT DE LE SIGNER, AU NOM DE MOI-MÊME, MON ENFANT ET NOS HERITIERS.

Signature du parent/tuteur

(jour/mois/an)

Signature du participant

(jour/mois/an)

