

CONSENTEMENT LÉGAL

Je, soussigné, déclare que je suis détenteur de l'autorité parentale ou que je suis tuteur du mineur

(nom du mineur)

- Je reconnais que mon enfant (pupille) a l'intention de se livrer à des activités de parachutisme sportif et plus particulièrement d'effectuer des sauts en chute libre à partir d'un avion ou autre aéronef.
- Je déclare être avisé que le parachutisme est un SPORT À RISQUES et qu'il peut entraîner et entraîne parfois des BLESSURES OU MÊME LE DÉCÈS de ses participants. Malgré ce fait, j'autorise mon enfant mineur (pupille) à pratiquer ce sport selon les modalités et la fréquence qu'il jugera appropriées.
- À titre personnel et en qualité de tuteur ou autre représentant de mon enfant (pupille) je **RENONCE IRRÉVOCABLEMENT** à intenter quelque poursuite que ce soit en réclamation de dommages pour toute blessure subie par mon enfant (pupille) ou son décès consécutif à la pratique du parachutisme sportif. Cette renonciation à poursuite est consentie en faveur de l'École de parachutisme Horizon Inc., ses actionnaires, ses administrateurs, ses officiers, ses employés, ses bénévoles, ainsi que généralement tous ses représentants, ses fournisseurs de services (avion, équipement, formation, etc.), et les propriétaires de terrains d'atterrissage. La présente renonciation engage mes héritiers et représentants légaux.
- Cette renonciation à poursuite aura effet, peu importe les raisons ou motifs de la survenance des blessures ou du décès de mon enfant (pupille),
- Je reconnais être avisé que mon enfant (pupille) devra signer un formulaire concernant l'acceptation des risques reliés à la pratique du parachutisme, incluant une renonciation à poursuite pour les motifs et en faveur des personnes ci-avant mentionnées, et je **l'autorise** à signer ce document.

DÉCLARATION MÉDICALE POUR LE PARACHUTISME

- Je certifie que mon enfant (pupille) ne souffre pas d'handicap physique, de maladie chronique non contrôlée ou autres, ou de blessure quelconque, que sa vue est normale et qu'il n'a jamais subi de dislocation de l'épaule. Je déclare que mon enfant (pupille) possède actuellement toutes les qualités et capacités physiques et psychiques lui permettant de pratiquer le sport du parachutisme.

Nom du père (tuteur) en lettres moulées

Adresse, App.

Ville, province

Code postal, Téléphone

Nom de la mère (tutrice) en lettres moulées

Adresse (si différente), App.

Ville, Province

Code postal, Téléphone

transcrire: *j'ai lu et compris cette formule*

Signature (père), Date

transcrire: *j'ai lu et compris cette formule*

Signature (mère), Date

Vérfié par, Date

École de parachutisme Horizon inc.)