

**RECONNAISSANCE ET ACCEPTATION DES RISQUES ASSOCIÉS À L'ACTIVITÉ ET AUX  
MALADIES INFECTIEUSES**

Nom du participant : \_\_\_\_\_ No téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**Activité:** Tout cours de yoga, médiation, yoga du rire ou Zumba®      **Enseignant :** Véronique Pierre  
**Période:** Du 1er septembre 2024 au 30 août 2025

*L'emploi du genre masculin a pour but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.*

Je, soussigné, participant à l'Activité mentionnée ci-dessus reconnais et accepte ce qui suit:

**Risques reliés à l'activité:**

- Je reconnais par la présente que la pratique de l'Activité ci-haut décrite comporte certains risques inhérents et que ceux-ci m'ont été expliqués;
- Je reconnais aussi que ces risques peuvent varier selon l'état de santé du participant, sa condition physique ainsi que ses aptitudes et comportements dont notamment, le respect des principes d'entraînement, des règles et des consignes de l'enseignant;
- Je reconnais également qu'il est de mon devoir de:
  - Respecter les règles, les consignes et les façons de faire applicables à l'Activité;
  - Transmettre à l'enseignant toute information particulière reliée à ma condition ou mon état de santé;
  - Ne pas aller au-delà de mes capacités et aviser l'enseignant de tout malaise, inconfort, douleur ou symptôme ressenti avant, pendant ou après l'Activité.
- Je reconnais être informé que l'Activité peut être arrêtée en tout temps en cas d'inconfort et que l'enseignant peut demander à tout participant d'arrêter et de se reposer si on remarque des signes anormaux ou d'épuisement.

**COVID-19 :**

- Je suis informé des enjeux liés à la COVID-19 et reconnais et accepte que la participation à l'Activité augmente les risques d'exposition et d'infection à la COVID-19;
  - De plus, je déclare que ni moi, ni aucune personne résidant à la même adresse, n'a manifesté des symptômes associés à la COVID-19 au cours des 10 derniers jours précédents la signature du présent formulaire;
  - Je m'engage également à informer sans délai l'enseignant de la manifestation de tout symptôme associé à la COVID-19 m'affectant de même que de tout diagnostic positif à la COVID-19 prononcé à mon égard ou d'une autre personne résidant à la même adresse.
- Je déclare avoir pris connaissance des conditions et des risques énoncés dans le présent formulaire.

**IMPORTANTE MISE À JOUR:**

LOI 25 vs délai de prescription: Puisque le délai de prescription est techniquement de 3 ans pour les dommages corporels au Québec, ce formulaire et celui du QAAP seront gardés en sécurité pendant 3 à 4 ans, par Véronique Pierre. La destruction des documents se passe autour des mois mars et avril de chaque année.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées du participant

\_\_\_\_\_  
Signature du Participant