

Ce formulaire doit être rempli et signé par le cavalier s'il a plus de 18 ans, ou par le parent / tuteur dans le cas d'un mineur

Information client / cavalier	
Nom:	Date de naissance:
Adresse:	Ville, code postal:
Email:	Téléphone:

Risques inhérents à l'activité

Je reconnais les risques inhérents au cheval et/ou à toutes activités équestres, sans égard aux mesures de sécurité mises en place, et au niveau de supervision du personnel ainsi que le niveau d'habileté et d'expérience du cavalier et des accompagnateurs, notamment, mais non limitativement:

- o Des blessures physiques pouvant aller jusqu'à la perte de la vie, notamment dues:
 - Au comportement du cheval ayant un caractère imprévisible;
 - À ce qu'un participant, bénévole ou personnel agisse de façon négligente incluant, mais non limitatives, le manquement à maintenir le contrôle du cheval ou le manquement d'agir avec habiletés;
 - À une allergie alimentaire;
 - À un trouble dû à la chaleur;
- o Des blessures avec un objet situé dans le centre, tels les équipements, branches, installations, etc.

Je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents à ma présence sur le terrain d'Enfants en Équi-Libre. Je reconnais que cette énumération représente seulement quelques-uns des risques et j'accepte d'assumer tous les autres risques non mentionnés précédemment.

Consentement photo et video

Je consens à autoriser Enfants en Équi-Libre à l'utilisation et la reproduction de toutes photographies, ainsi que tout autre matériel audiovisuel pris de moi, à des fins de matériaux promotionnels, activités éducatives, expositions, ou pour toute autre utilisation au profit du programme.

OUI / NON

(Nom du client) _____ aimerait participer à un programme d'équitation / recevoir des services de thérapie d'Enfants en Équi-Libre. Je reconnais les risques et le potentiel de risque de l'équitation. Cependant, je crois que les avantages possibles pour moi / mon fils / ma fille / mon pupille, sont plus importants que le risque assumé. Par la présente, j'ai l'intention d'être légalement responsable pour moi-même, mes héritiers et ayants droit, exécuteurs ou administrateurs, de renoncer et de libérer à jamais toute réclamation de dommages contre Enfants en Équi-Libre, ses instructeurs, thérapeutes, aides, bénévoles et/ou employés pour toute blessure et/ou perte que moi / mon fils / ma fille / mon pupille, pourrait subir en participant à la programmation / en recevant des services d'Enfants en Équi-Libre.

Je certifie que les renseignements contenus dans ce formulaire sont exacts au meilleur de ma connaissance. J'atteste que je n'ai pas délibérément omis des renseignements sur mon état de santé ou sur l'état de santé de mon enfant, qu'ils soient pertinents ou non. Je suis conscient que les renseignements contenus dans le présent formulaire sont confidentiels et visent à mieux planifier et superviser la sécurité des activités auxquelles je participerai.

Nom du client (en lettre moulées): _____

Nom du parent ou tuteur (en lettre moulées): _____

Signature (du client ou représentant légal): _____ Date: _____

Ce formulaire doit être rempli et signé par un médecin en cas de handicap physique ou par un professionnel de santé pour tous les handicaps non physiques

Information client / cavalier	
Nom:	Date de naissance:

Information médicale	
Diagnostic primaire:	
Diagnostic secondaire:	
Taille:	Poids (max 160lbs):
Paralysie cérébrale: <input type="radio"/> OUI / <input type="radio"/> NON Si oui, veuillez préciser : Monoplégie, Diplégie, Quadriplégie, Hémiplegie (de quel côté G/D)	
Diabète: <input type="radio"/> OUI / <input type="radio"/> NON	Insuline: <input type="radio"/> OUI / <input type="radio"/> NON
Ambulatoire: <input type="radio"/> OUI / <input type="radio"/> NON Si non, veuillez indiquer l'équipement utilisé:	
Médication: <input type="radio"/> OUI / <input type="radio"/> NON Si oui, veuillez préciser:	
Allergies: <input type="radio"/> OUI / <input type="radio"/> NON Si oui, veuillez préciser:	Épipen: <input type="radio"/> OUI / <input type="radio"/> NON

Autres informations pertinentes	
Tonus musculaire dans les membres supérieurs (bon / moyen / faible):	
Tonus musculaire dans les membres inférieurs (bon / moyen / faible):	
Tonus musculaire dans le tronc (bon / moyen / faible):	
Spasticité:	
Coordination:	
Équilibre:	
Langue(s) parlée(s) / comprise(s):	
Parole (bonne / moyenne / faible):	Habilité à comprendre (bonne / moyenne / faible):
Vue (bonne / moyenne / faible):	Audition (bonne / moyenne / faible):
Sensibilité sensorielle:	
Maladie(s) transmissible(s): <input type="radio"/> OUI / <input type="radio"/> NON Si oui, veuillez préciser:	
Historique chirurgical et dates:	

Vérification par rayons-x atlanto-axial
En raison de la nature de cette activité (équitation), le syndrome de Down avec une instabilité atlanto-axiale est une condition contre-indiquée. Une radiographie négative de l'instabilité atlanto-axiale est nécessaire. Si le cavalier est atteint du syndrome de Down, ce formulaire doit être signé et daté par un médecin qualifié qui indiquera la date et le résultat de la radiographie diagnostique.
<input type="radio"/> Ce client <u>n'est pas</u> atteint de la trisomie 21 <input type="radio"/> Ce client est atteint de la trisomie 21
Date du rayons-X:
Résultat du rayons-X:

Politique d'épilepsie
En raison de la nature de cette activité (équitation), les participants souffrant d'un trouble épileptique ne seront pas autorisés à participer à des activités à cheval s'ils ont eu une crise au cours des 12 derniers mois (non médicamenteux) ou 6 mois (médicamenteux).
<input type="radio"/> Ce client <u>n'est pas</u> atteint d'épilepsie <input type="radio"/> Ce client est atteint d'épilepsie
Si oui, veuillez préciser le type et la fréquence des crise d'épilepsie :
Présentement sous médication pour contrôler les crises d'épilepsie: <input type="radio"/> OUI / <input type="radio"/> NON
Date de la dernière crise d'épilepsie:

Le soussigné reconnaît par la présente que _____ est médicalement apte à participer au programme équestre / à recevoir les services offerts par Enfants en Équi-libre.

À ma connaissance, il n'y a aucune raison pour laquelle cette personne ne peut pas participer à des activités équestres supervisées. Cependant, je comprends que le centre thérapeutique évaluera les renseignements médicaux ci-dessus en fonction des précautions et contre-indications existantes en matière d'équitation thérapeutique. L'évaluation des capacités / limitations de cette personne dans le but de mettre en place un programme équestre efficace est la responsabilité du centre.

Note : Dans le cas d'un handicap physique, ce formulaire doit être signé par un médecin. Pour tous les handicaps non physiques, ce formulaire peut être signé par un ergothérapeute ou un physiothérapeute ayant une bonne connaissance de la personne.

Nom et titre du médecin / professionnel de la santé: _____

Signature: _____ Date: _____

Adresse du médecin / professionnel de la santé: _____

Téléphone: _____ Email: _____