

## Formulaire de participation à une activité offerte par le CSCE

Alexandria  Bourget  Cornwall  Crysler  Embrun  Limoges

Activité :

---

Nom complet :

---

N° de carte santé :

---

Adresse :

---

Code postal :

---

Date de naissance :

---

N° de téléphone :

---

Adresse courriel :

---

Je désire recevoir par courriel de l'information sur les programmes, services et activités du Centre de santé communautaire de l'Estrie (CSCE).

Allergies :

---

Conditions de santé  
importantes :

---

Contact en cas  
d'urgence (nom) :

---

N° de téléphone :

---

### Consentement pour la prise de photo

Je donne l'autorisation au CSCE de prendre ma photo. J'accepte que les photos prises durant l'activité à laquelle je participe soient utilisées pour la promotion de celle-ci ou des services du CSCE en général, et ce, par le biais de dépliants, bulletins d'informations, site Web et page Facebook du CSCE, kiosques et autres.

Oui  Non

## ACCORD DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Je suis disposé à participer à un programme d'activité physique communautaire. Je sais que les exercices incluent de la marche, des exercices exécutés à l'aide de poids, des exercices cardiovasculaires, des exercices de force, des exercices pour la souplesse, des exercices d'équilibre et des exercices d'endurance faisant appel à tous les muscles et toutes les articulations.

Je **comprends** qu'un des fournisseurs suivants ou tous ces fournisseurs m'enseigneront les exercices : le personnel du Centre de santé communautaire de l'Estrie (CSCE), les bénévoles, les étudiants et les instructeurs de remise en forme sous contrat. Je comprends que la condition physique et les habiletés de chaque participant sont différentes et je reconnais qu'il me revient d'informer les instructeurs de mes limites et de mes besoins. Je reconnais qu'une partie des risques de la participation à une activité ou un programme dépend de ma condition physique ou de ma santé, et je signalerai tout changement au niveau de ma santé à l'instructeur.

Je **comprends** que je suis libre de ne pas exécuter, de réduire ou de modifier les activités du programme et que je dois le faire dès les premiers signes d'étourdissement, d'évanouissement, de malaise pulmonaire, de crampes dans les jambes, de nausées et/ou de tout autre symptôme.

Je **reconnais** et conviens qu'on m'a informé des risques et des avantages de participer à cette activité physique. On m'a offert un outil d'évaluation, soit le questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique (Q-AAP), et je comprends qu'une consultation auprès d'un fournisseur de soins primaires est recommandée si j'ai répondu « Oui » à au moins une question du Q-AAP. Je reconnais également que, dans le cadre d'un programme d'exercice communautaire, la décision de participer au programme revient au participant lui-même.

Je **conviens donc** que le CSCE, y compris ses partenaires/organiseurs/bénévoles/travailleurs contractuels/étudiants/bailleurs de fonds, n'est pas responsable des pertes, des dommages ou des blessures que je peux subir à la suite de ma participation à l'un des programmes communautaires.

J'atteste qu'on m'a informé des risques, des avantages et des solutions de rechange liés à la participation au programme et j'ai lu, compris et accepté le contenu de cet *ACCORD DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ*.

**Signature :**

Participant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_