

**CONSENTEMENT LÉGAL  
À EFFECTUER AU SAUT EN PARACHUTE  
POUR PERSONNE MINEURE**



Nom de la personne mineure:	Date de naissance:	
Nom du parent ou tuteur:	Relation:	
Adresse:	Ville:	Code postal:
Téléphone:		

- INITIALER**
- Je, soussigné, déclare que je suis détenteur de l'autorité parentale ou que je suis tuteur de la personne mineure mentionnée ci-haut.
- Je reconnais que mon enfant mineur (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 l'Association Canadienne du Parachutisme Sportif recommande que les participants au sport du parachutisme soient âgés de 18 ans et plus.
- 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 Parachute Montréal 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), **INCLUANT TOUTE NÉGLIGENCE** des personnes mentionnées au paragraphe précédent.
- Je reconnais être avisé que mon enfant (pupille) devra signer un formulaire concernant l'acceptation des risques liés à la pratique du parachutisme, incluant une renonciation à poursuite pour les motifs et en faveur des personnes ci-avant mentionnés, 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.

VEUILLEZ TRANSCRIRE ET SIGNER : « J'ai lu et compris la formule entière. »

Je comprends et accepte de mon plein gré tout ce qui est inclus à la présente renonciation, à Saint-Esprit, en date du :

NOM DU PARENT OU TUTEUR (LETTRES MOULÉES) :	SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR:
<input type="text"/>	<input type="text"/>