

A.C.P.S.

CONSENTEMENT LÉGAL POUR MINEUR

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 l'Association Canadienne de 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 toutes blessures subies par mon enfant (pupille) ou son décès consécutif à la pratique du parachutisme sportif. Cette renonciation à poursuite est consentie en faveur de

_____, ses membres, ses employés, ses actionnaires, ses administrateurs, ses officiers, ses bénévoles, ainsi que généralement tous ses représentants, ses pilotes, ses fournisseurs de services (avion, équipement, formation, etc.) et les propriétaires de terrains d'atterrissage. La présente renonciation engage mes héritiers, mes survivants, mes cessionnaires, mes exécuteurs et administrateurs testamentaire, et mes 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 TOUTES NÉGLIGENCE OU FAUTES** 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 mentionnées, et je l'autorise à signer ce document.

DÉCLARATION MÉDICALE POUR LE PARACHUTISME

Je certifie que mon enfant (pupille) n'est pas sous traitement, il ne souffre pas d'handicap physique, de maladie chronique non contrôlée ou autres, ou de blessure quelconque, que sa vue est normale ou qu'il porte des lentilles correctives 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

Nom de la mère (tuteur) en lettres moulées

Adresse

Adresse

Ville, Province, Code postal

Ville, Province, Code postal

Téléphone

Téléphone

J'AI LU ET COMPRIS CE FORMULAIRE

J'AI LU ET COMPRIS CE FORMULAIRE

Signature (père)

Signature (mère)

Signature (employé)

Signature (employé)