

## FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE ET ACCEPTATION DES RISQUES CORPORATION NIBIISCHII

### Risques inhérents à l'activité

Moi, ( \_\_\_\_\_ ), domicilié au ( \_\_\_\_\_ ), déclare avoir été informé(e) globalement des dangers et des risques inhérents au territoire et aux activités qui s'y déroulent, des exigences physiques et techniques des activités, des conditions environnementales extrêmement variables (température, conditions physiques du terrain, conditions des routes et chemins d'accès) et des facteurs humains possiblement présents lors de mon séjour (achalandage du site, personnel de soutien sur place, usage croisé du territoire) par la Corporation Nibiischii ou un employé des réserves fauniques Assinica et des Lacs-Albanel-Mistassini-et-Waconichi. Selon la description du territoire et des activités et selon mes connaissances et les capacités que je crois posséder, je me déclare apte à fréquenter le territoire et participer aux activités envisagées de façon sécuritaire. Par contre, si au cours de mon séjour j'ai le moindre doute que ma condition physique et/ou ma santé physique et/ou mentale ne sont plus à la mesure des activités ou des conditions qui prévalent, ou que celles-ci s'aggravent par ma participation, ou que la sécurité de ma personne et/ou des individus de mon groupe et/ou de mes possessions matérielles est menacée, je cesserai l'activité et en aviserai immédiatement l'employé responsable du site ou un membre du personnel de soutien désigné.

Je comprends qu'il existe des risques inhérents au territoire et aux activités proposées, et même si toutes les mesures sont prises pour que le territoire, les sites, les équipements et les infrastructures soient sécuritaires, je ne suis pas à l'abri des dangers. À ce titre, voici quelques-uns des risques associés à ma visite : subir des maladies virales ou bactériennes causées par de l'eau et/ou nourriture contaminée, ustensiles et outils malpropres; être piqué / mordu par des insectes ou animaux sauvages; subir des complications de mon état de santé telles que crise cardiaque, appendicite ou allergies; subir des blessures graves et même mourir suite à des chutes sur des objets tranchants ou en bas de parois; être captif dans une zone de feu de forêt ou subir une hausse rapide du niveau d'eau; entrer en collision avec un véhicule, personne, roche ou arbre; être frappé par la foudre ou par un arbre qui tombe; être attaqué par des animaux sauvages; être blessé à cause de bris ou mauvaise utilisation d'équipements; être coincé ou emprisonné dans un bateau ou autre embarcation; souffrir de choc, d'hyperventilation, de brûlures, d'engelures, d'hypothermie ou d'hyperthermie; subir une intoxication au monoxyde de carbone; ou subir des blessures lors de transport, lors de la manipulation d'outils, en soulevant des charges trop lourdes, suite à des altercations entre des individus; s'égarer ou se perdre sur le territoire; noyade; etc.

Il est important de se rappeler que le territoire est éloigné des services médicaux et que les secours et l'évacuation d'un blessé peuvent parfois prendre plusieurs heures, voire plusieurs jours. Également, la couverture cellulaire est quasi absente et les communications sont par conséquent moins rapides ou efficaces. Pour ma sécurité et celle des autres, j'accepte donc de me conformer aux normes, aux procédures et aux consignes de sécurité établies par la Corporation Nibiischii. Je suis conscient que ma décision est réfléchie et j'accepte et assume tous les risques qui sont associés au territoire et aux activités envisagées.

**Signature:** \_\_\_\_\_

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

**FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE ET ACCEPTATION DES RISQUES  
 CORPORATION NIBIISCHII**

Décharge de responsabilité matérielle

Je soussigné, renonce par la présente à toute réclamation, ainsi qu'à toute poursuite en dommage et intérêts pour tous dommages aux biens et matériel m'appartenant (usure normale, perte, bris, vol, vandalisme).

**Signature :** \_\_\_\_\_

Autorisation à intervenir en cas d'urgence

Je, soussigné, autorise la Corporation Nibiischii à prodiguer tous les premiers soins nécessaires. J'autorise également la Corporation Nibiischii à prendre la décision dans le cas d'un accident à me transporter (par ambulance, hélicoptère, garde côtière ou autrement) dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire, le tout, s'il y a lieu, à mes propres frais. **Initiales :** \_\_\_\_\_

Contact en cas d'urgence

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Il est également de mon devoir de signaler aux responsables du site et/ou aux individus dans mon groupe toute situation ou comportement que je crois à risque.**

**N. B. Ne signez pas cette feuille si vous ne comprenez pas parfaitement ce texte!**

Nom de tous les membres de la famille

Signatures de toutes les personnes de plus de 14 ans

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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