



En collaboration avec LES CENTRES DE PLONGÉE NORDSUD, les services récréatifs et culturels vous offrent: séance de DÉCOUVERTE DE LA PLONGÉE SOUS-MARINE

- > équipement fourni (bouteille, détendeur, palmes, masque, tuba, veste et plomb)
- > 10 ans et plus (14 ans et moins accompagné d'un adulte)
- > horaire: de 10h à 12h (2 heures)
- > coût: 52\$ résident (78\$ non-résident)
- > places limitées

**APTITUDE MÉDICALE ET DÉCHARGE REQUISES**

**SAMEDI 11 AOÛT - piscine municipale de McMasterville**

**NOUVEAUTÉ**



INFO: 450-467-8195  
[www.mcmasterville.ca](http://www.mcmasterville.ca)



# FORMULAIRE INSCRIPTION ET ABONNEMENT

## (Activités non reliées au camp de jour)

Nom et prénom	Sexe		Date de naissance	Code d'activité			Coût
	F	M	A / M / J	Activité	Abonnement*		
					Tennis	Piscine	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>Grand total :</b>							<b>\$</b>

**Mode de paiement :**      Comptant       Débit       Crédit       Chèque

**\*OBLIGATOIRE POUR LES CARTES D'ABONNEMENT TENNIS ET/OU PISCINE – Joindre une photo récente (petit format) de chacun des participants qui désirent s'abonner. Indiquer le nom à l'endos des photos.**

Vous pouvez nous faire parvenir les photos par courriel à l'adresse suivante : [src@mcmasterville.ca](mailto:src@mcmasterville.ca)

**PREUVE DE RÉSIDENCE pour les résidents de McMasterville seulement : Une preuve de résidence (copie de permis de conduire, compte de taxes, etc.) est exigée si vos chèques ne sont pas personnalisés.**

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone :

Courriel :

Je désire recevoir par courriel les communications électroniques des Services récréatifs et culturels de McMasterville

Je ne désire pas recevoir par courriel les communications électroniques des Services récréatifs et culturels de McMasterville

**À compléter pour inscription enfant seulement:**

MÈRE :

Tél résidence :

Cellulaire :

Travail :

PÈRE :

Tél résidence :

Cellulaire :

Travail :

### INFORMATIONS RELATIVES À L'INSCRIPTION

**IMPORTANT :** Aucune nouvelle inscription ne peut être faite si un solde dû à la municipalité demeure impayé.

**MODALITÉS DE PAIEMENT :** Les modalités de paiement acceptées sont les suivantes : argent, carte de débit, carte de crédit et chèque. Les chèques doivent être faits à l'ordre de la « Municipalité de McMasterville » et datés selon les dates mentionnées. De plus, les mauvaises créances antérieures peuvent modifier les modalités de paiement (cas par cas). À défaut de paiement selon les conditions, l'inscription ou l'abonnement pourra être refusée et/ou annulée.

**RETOUR DE CHÈQUE :** Des frais de 10 \$ seront exigés pour tout chèque retourné par une institution bancaire.

**REMBOURSEMENT :** Sur réception d'une demande écrite de remboursement d'une inscription à une activité au plus tard cinq (5) jours ouvrables avant le début de l'activité, la municipalité s'engage à rembourser le montant total du coût de l'activité. Des frais d'administration, représentant le moindre de 15 % du coût de l'activité (arrondis au dollar supérieur) ou 15 \$ seront toutefois exigés. Chaque activité ou inscription dont le remboursement est demandé, sera traité de façon individuelle. **La demande devra être envoyée aux Services récréatifs et culturels.** Si la demande écrite de remboursement d'une inscription est déposée moins de cinq (5) jours ouvrables avant le début de cette activité ou après le début de cette activité, aucun remboursement ne sera autorisé, à moins que la demande d'annulation ne résulte d'un cas exceptionnel. En ce cas, le remboursement d'un montant correspondant au prorata du coût des périodes ou des séances d'activités annulées sera remboursé, moins des frais d'administration de 15 % sur le total du coût de l'activité.

**TAXES :** Les coûts des activités s'adressant à une clientèle de 15 ans et plus incluent les taxes applicables;

**ACTIVITÉS :** Les Services récréatifs et culturels se réservent le droit d'apporter des modifications ou d'annuler un cours ou une activité et le remboursement complet sera fait.

**CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS :** En vertu des normes applicables en matière de protection des renseignements personnels, tous les renseignements que vous fournirez ne seront recueillis qu'aux fins de l'administration et de la gestion des services municipaux. La Municipalité s'assure de mettre en place des mesures de sécurité propres à assurer la protection des renseignements personnels inclus dans le présent formulaire.

**ACCIDENT/ASSURANCE:** La Municipalité n'est pas responsable des blessures encourues lors des activités. Les dépenses occasionnées suite à une blessure survenue durant la pratique d'une activité sont assumées en totalité par le parent. Si, pour cause de maladie ou d'accident, la Municipalité de McMasterville juge nécessaire ou approprié qu'un client soit transporté par ambulance, les frais encourus seront facturés aux clients.

J'ai pris connaissance des conditions et modalités relatives à l'inscription et je les accepte :



Signature d'un parent : \_\_\_\_\_

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



## Déclaration de compréhension et d'acceptation d'indépendance du prestataire

Dans les pays de l'Union Européenne et de l'Association européenne de libre échange, utiliser un autre formulaire.  
**Lisez attentivement et remplissez tous les espaces, puis signez.**

Je comprends et j'accepte que les Membres PADI («Membres»), comprenant Les Centre de plongée Nordsud & municipalité de McMasterville et/ou tous les PADI Instructors et Divemasters individuels impliqués dans le programme auquel je participe, soient autorisés à utiliser les diverses marques commerciales PADI et à diriger des formations PADI, mais qu'ils ne sont pas des agents, des employés ou des franchisés de PADI Americas, Inc., ou la société mère, ses filiales et sociétés affiliées («PADI»). Par ailleurs, je comprends que les activités commerciales des Membres sont indépendantes et ne sont ni gérées, ni dirigées par PADI. Bien que PADI établisse les standards des programmes de formation PADI, l'organisation n'a pas le droit de contrôler et n'est pas responsable du déroulement des activités commerciales des Membres, de leur conduite des programmes PADI au jour le jour, ni de la supervision des plongeurs par les Membres ou leurs employés. En outre, dans l'éventualité où ma participation à la présente activité résulterait en blessures ou décès, je m'engage en mon nom et au nom de mes héritiers et de ma succession, à ne pas chercher à tenir PADI responsable des actions, des inactions ou de la négligence de Les Centre de plongée Nordsud & municipalité de McMasterville et/ou des instructeurs et divemasters encadrant l'activité.

## Accord de non-responsabilité et d'acceptation de risques

Dans les pays de l'Union Européenne et de l'Association européenne de libre échange, utiliser un autre formulaire.  
**Lisez attentivement et remplissez tous les espaces, puis signez.**

Je, \_\_\_\_\_, affirme par le présent Accord, savoir que la plongée libre ou en scaphandre autonome comporte des risques inhérents pouvant causer des lésions graves, voire mortelles.

Je comprends que la plongée à l'air comprimé comporte certains risques inhérents, dont, mais n'y étant pas limité, les accidents de décompression, les embolies et autres lésions hyperbares/liées à la dilatation de l'air, nécessitant un traitement en chambre de recompression. Je comprends également que les plongées en milieu naturel, nécessaires pour la formation et la certification, se déroulent sur des sites éloignés d'une chambre de recompression, soit en distance, soit en temps, voire les deux. Je choisis, néanmoins, de participer à de telles plongées de formation, malgré l'absence possible d'une chambre de recompression à proximité du site de plongée.

Je comprends et j'accepte que ni mon/mes instructeur(s), \_\_\_\_\_

ni le centre ayant dispensé ma formation, Les Centre de plongée Nordsud & municipalité de McMasterville, ni PADI Americas, Inc., ni ses sociétés affiliées ou ses filiales, ni aucun de leurs employés, administrateurs, agents, sous-traitants ou ayant-droits (ci-après les «Parties non responsables»), ne peuvent être tenus responsables de quelque façon que ce soit pour une blessure quelconque, même mortelle, ou un dommage quelconque subi par moi-même, ma famille, ma succession, mes héritiers ou mes ayant-droits à cause de ma participation à ce programme de plongée ou à cause de la négligence d'une partie, y compris les Parties non responsables, peu importe que ce soit de façon active ou passive.

Si je reçois l'autorisation de participer à ce programme (et à une plongée Adventure Dive optionnelle) constituant ci-après «le Programme», j'accepte, par le présent Accord, d'assumer tous les risques de ce programme, qu'ils soient prévisibles ou non, susceptibles de survenir dans le cadre de ce programme, notamment durant les cours théoriques, les activités en milieu protégé et/ou pendant les activités en milieu naturel.

Je dégage également de toute responsabilité le Programme et les Parties non responsables relativement à toute réclamation ou poursuite intentée par moi-même, ma famille, ma succession, mes héritiers et mes ayant-droits, découlant de mon inscription et de ma participation

au Programme, ce qui s'applique notamment aux plaintes durant le programme ou après l'obtention de ma certification.

Je comprends également que la plongée libre ou en scaphandre autonome est une activité physiquement exigeante, que je ferai des efforts physiques durant ce programme et que si je souffre d'une attaque cardiaque, de panique, d'hyperventilation, noyade, etc., j'assumerai les risques associés à ces événements et que je n'en imputerai jamais la responsabilité aux Parties non responsables.

Je déclare aussi avoir atteint l'âge de la majorité et être légalement autorisé à signer cet Accord de non-responsabilité, ou encore que j'ai obtenu le consentement écrit d'un de mes parents ou de mon tuteur. Je comprends que les clauses de cet Accord sont contractuelles et non pas un simple texte et je reconnais avoir signé librement cet Accord en sachant parfaitement que je renonçais de la sorte à mes droits légaux. J'accepte également que si une clause de cet Accord s'avère inapplicable ou invalide, elle sera supprimée de l'Accord. Le reste de cet Accord sera ensuite interprété comme si la clause inapplicable n'en avait jamais fait partie.

Je comprends et j'accepte que je renonce non seulement à mon droit de poursuivre les Parties non responsables, mais aussi à tous les droits que mes héritiers, mes ayant-droits ou mes bénéficiaires pourraient avoir de poursuivre les Parties non responsables à la suite de mon décès. J'affirme également avoir l'autorité d'agir de la sorte et que mes héritiers, ayant-droits ou bénéficiaires ne pourront pas agir autrement à cause de mes déclarations en faveur des Parties non responsables.

JE, \_\_\_\_\_ CERTIFIE PAR LE PRÉSENT ACCORD, DÉGAGER ET DÉCHARGER MES INSTRUCTEURS, \_\_\_\_\_ L'ÉTABLISSE-

MENT AYANT DISPENSÉ MA FORMATION Les Centre de plongée Nordsud & municipalité de McMasterville, PADI AMERICAS, INC., AINSI QUE TOUTES LES ENTITES APPARENTÉES DÉFINIES CI-DESSUS, DE TOUTE RESPONSABILITÉ, QUELLE QU'ELLE SOIT, SUR DES LÉSIONS PERSONNELLES, DOMMAGES SUR MES BIENS OU DÉCÈS, QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE, Y COMPRIS, MAIS N'Y ÉTANT PAS LIMITÉ, À LA NÉGLIGENCE DES PARTIES DÉCHARGÉES, QU'ELLES SOIENT PASSIVES OU ACTIVES.

**JE ME SUIS BIEN INFORMÉ(E), SUR LE CONTENU DE CET ACCORD DE NON RESPONSABILITÉ ET ACCEPTATION DES RISQUES. JE L'AI LU AVANT DE LE SIGNER EN MON NOM ET EN CELUI DE MES HÉRITIERS.**

Signature du participant

Date (jour/mois/année)

Signature d'un parent ou tuteur (si applicable)

Date (jour/mois/année)



# Aptitude médicale – déclaration du candidat (Informations confidentielles)



## Prière de lire attentivement avant de signer.

Ceci est une déclaration vous informant des risques potentiels inhérents à la pratique de la plongée en scaphandre et de la conduite à tenir pendant votre formation de plongée. Votre signature sur cette déclaration est obligatoire pour pouvoir participer au programme de formation de plongée scaphandre. En outre, si votre état de santé change à tout moment durant un programme de plongée quelconque, il est important d'en aviser votre instructeur immédiatement.

Veuillez lire ce formulaire avant de le signer. Vous devez compléter ce formulaire d'Examen Médical, y compris le questionnaire sur les antécédents médicaux, pour vous inscrire au programme de formation de plongée. Si vous êtes mineur, la signature des parents ou tuteurs est obligatoire. La plongée est un sport captivant, physiquement éprouvant. Lorsqu'elle est réalisée correctement et en utilisant les techniques appropriées, la plongée est un sport relativement sûr. La plongée peut comporter des risques supplémentaires si les procédures de sécurité établies ne sont pas respectées.

Pour pratiquer la plongée en sécurité, vous être en bonne condition physique et ne pas avoir de surcharge pondérale. La plongée peut, dans certaines

circonstances, demander des efforts importants. Vos systèmes respiratoire et circulatoire doivent être sains. Vos espaces aériques doivent être normaux et sains. Une personne souffrant de maladie coronarienne, d'épilepsie, d'un rhume ou de congestion, de problèmes médicaux sérieux, ou qui est sous l'influence de l'alcool ou de la drogue ne doit pas plonger. Si vous avez de l'asthme, des troubles cardiaques ou autres maladies chroniques ou si vous prenez régulièrement des médicaments, vous devez consulter votre médecin et votre Instructeur avant de participer à ce programme. Consultez-les également de façon régulière par la suite. Votre instructeur vous apprendra également les règles importantes de sécurité relatives à la respiration et à la compensation des espaces aériques pendant la plongée. Une utilisation inadéquate d'un équipement de plongée en scaphandre peut occasionner des blessures graves. Vous devez donc avoir suivi une formation complète sous la supervision d'un instructeur pour pouvoir utiliser un tel équipement de manière correcte et sûre.

Si vous avez d'autres questions concernant cette Déclaration Médicale ou le Questionnaire des antécédents médicaux, veuillez en discuter avec votre instructeur avant de signer.

## Questionnaire d'antécédents médicaux du plongeur

### Pour le participant :

Le but de ce Questionnaire Médical est de déterminer s'il est nécessaire de consulter un médecin avant de participer à une formation de plongée loisir. Une réponse positive à une question ne signifie pas nécessairement une inaptitude à la pratique de la plongée. Une réponse positive à l'une ou plusieurs des questions ci-dessous indique l'existence d'une condition pouvant affecter votre sécurité pendant la pratique de la plongée et que l'avis du médecin est requis avant de participer aux activités de plongée.

*Si oui, veuillez communiquer avec les Services récréatifs (45046-819)*

Veuillez s.v.p. répondre aux questions suivantes sur votre passé ou présent médical, par OUI ou par NON. Si vous n'êtes pas sûr, répondez par OUI. Si une réponse positive à l'un de ces points s'applique à vous, nous vous demandons de consulter un médecin avant de prendre part à la plongée en scaphandre. Votre instructeur vous fournira une déclaration médicale RSTC et des directives pour l'examen médical pour plongeur de loisir à remettre à votre médecin.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Etes-vous enceinte ou prévoyez-vous de l'être ?  | <input type="checkbox"/> autre maladie ou intervention chirurgicale de la cage thoracique ?  | <input type="checkbox"/> diabète ?  |
| <input type="checkbox"/> Etes-vous actuellement sous traitement médical ? (exceptés contraceptifs et traitement pour la malaria). | <input type="checkbox"/> problèmes de santé comportementale, mentale ou psychologique (crises de paniques, peur des espaces clos ou du vide) ? | <input type="checkbox"/> problèmes suite à une opération chirurgicale, blessure ou fracture du dos, bras, jambes ?                  |
| <input type="checkbox"/> Etes-vous âgé de plus de 45 ans et pouvez-vous répondre OUI à l'un ou plusieurs des points suivants ?    | <input type="checkbox"/> épilepsie, convulsions ou prise de médicaments en prévention ?  | <input type="checkbox"/> hypertension ou prise de médicaments en prévention ?   |
| • Vous fumez régulièrement pipe, cigares ou cigarettes  | <input type="checkbox"/> migraines sévères chroniques à répétition ou prise de médicaments en prévention ?                                     | <input type="checkbox"/> problèmes cardiaques ?   |
| • Vous êtes actuellement sous traitement médical  | <input type="checkbox"/> coma, syncope (perte de connaissance complète ou partielle) ?   | <input type="checkbox"/> crise cardiaque ?  |
| • Vous avez un taux élevé de cholestérol  | <input type="checkbox"/> souffrez-vous régulièrement de mal des transports (voiture, mal de mer, etc.) ?                                       | <input type="checkbox"/> angine de poitrine / intervention chirurgicale du coeur ou des vaisseaux sanguins ?                        |
| • Vous avez une tension artérielle élevée   | <input type="checkbox"/> dysenterie ou déshydratation exigeant une intervention médicale ?   | <input type="checkbox"/> interventions chirurgicales des sinus ?  |
| • Vous avez des antécédents familiaux de problèmes cardiaques ou infarctus  | <input type="checkbox"/> accident de plongée ou maladie de décompression ?   | <input type="checkbox"/> interventions chirurgicales ou maladies des oreilles, perte d'équilibre, surdité ou problèmes d'oreilles ? |
| • Vous avez du diabète, même si contrôlé uniquement par un régime   | <input type="checkbox"/> incapacité à réaliser des exercices modérés (exemple: promenade de 1,6 Km/1 mille en 12 min) ?                        | <input type="checkbox"/> Troubles auditifs récurrents ?   |
| <b>Souffrez-vous ou avez-vous souffert de...</b>  | <input type="checkbox"/> blessure à la tête avec perte de connaissance durant les 5 dernières années ?   | <input type="checkbox"/> hémorragies ou troubles sanguins ?   |
| <input type="checkbox"/> asthme, respiration difficile lors d'exercices ou non ?  | <input type="checkbox"/> problèmes dorsaux fréquents ?   | <input type="checkbox"/> hernies ?  |
| <input type="checkbox"/> crises fréquentes ou importantes de rhume des foies ou d'allergies ?                                     | <input type="checkbox"/> intervention chirurgicale du dos ou de la colonne vertébrale ?  | <input type="checkbox"/> ulcères ou opération d'ulcères ?   |
| <input type="checkbox"/> rhumes, sinusites ou bronchites fréquents ?  |  | <input type="checkbox"/> colostomie ou iléon-stomie ?   |
| <input type="checkbox"/> problèmes pulmonaires ?  |  | <input type="checkbox"/> prise de drogue ou traitement pour drogue ou abus d'alcool durant les cinq dernières années ?              |
| <input type="checkbox"/> pneumothorax (atélectasie pulmonaire) ?  |  |   |

Les informations fournies sur mes antécédents médicaux sont, à ma connaissance, exactes. J'affirme qu'il m'incombe d'informer mon instructeur de tout changement concernant mes antécédents médicaux à tout moment durant ma participation aux programmes de plongée. Je reconnais admettre ma responsabilité pour tout manquement à déclarer mon état de santé passé ou présent.

_____ Signature du participant	_____ Date (jour/mois/année)
_____ Signature d'un parent ou tuteur (si applicable)	_____ Date (jour/mois/année)