



## Considérations médicales

*Si vous avez des conditions médicales ou psychologiques particulières, il est très important que vous nous le fassiez savoir bien avant le départ pour que nous puissions prendre des dispositions supplémentaires si nécessaire.*

*Le personnel de l'expérience Canoe Kayak " a le droit de disqualifier toute personne à tout moment pendant le voyage si elle est mentalement ou physiquement incapable de poursuivre et / ou si la participation d'un membre de voyage met en péril le groupe ou sa propre sécurité.*

*Dans ces cas, il n'y aura pas de remboursement effectué.*

*Expérience Canoe Kayak "n'est pas un établissement / centre médical et n'a aucune responsabilité à l'égard des conseils médicaux, des médicaments ou des inoculations que vous ou votre médecin jugent nécessaire pour votre participation en toute sécurité*

*Expérience Canoe Kayak décline toute responsabilité concernant la fourniture de soins médicaux.*

*En signant le contrat de location, vous vous engagez à payer pour l'évacuation d'urgence et les soins médicaux d'urgence.*

*Expérience Canoe Kayak se réserve le droit de refuser ,d'accepter ou de conserver toute personne en tant que participant si le comportement de cette personne, sa santé ou son 'état mental entrave le fonctionnement du voyage et / ou des activités*

***S'il vous plaît répondez aux questions suivantes en entourant oui ou non, fournir toute information supplémentaire dans l'espace prévu si besoin***

### Les participants de l'information médicale:

Blessures existantes	OUI	NON	
Récentes entorses, fractures, luxations ou:	OUI	NON	

### Avez-vous déjà ou avez-vous actuellement:

Basse ou haute pression sanguine	OUI	NON	
Problèmes cardiaques / Angine	OUI	NON	*Avez vous des médicaments sur vous?
BPCO / trouble pulmonaire	OUI	NON	
asthme *	OUI	NON	*Portez-vous un inhalateur?
Exercice induisant l'asthme *	OUI	NON	*Portez-vous un inhalateur?
Apnée du sommeil	OUI	NON	
Problèmes de dos	OUI	NON	
Problèmes de genou	OUI	NON	
Vertiges, évanouissements	OUI	NON	
Epilepsie ou les convulsions ou la saisie des troubles	OUI	NON	
Hémophilie	OUI	NON	
Diabète	OUI	NON	Êtes-vous de type 1 ou 2?

Êtes-vous actuellement enceinte?	OUI	NON	
Avez-vous des problèmes de santé mentale?	OUI	NON	Anxiété / Dépression / OCD / Autres
Avez-vous des conditions psychologiques?	OUI	NON	
Avez-vous un handicap physique?	OUI	NON	* Comment votre handicap vous affecte t-il? (Entourer selon le cas)  Equilibre étant debout / Equilibre en position assise / Faible Sensation / Aucune sensation / Aucune sensation de douleur / Respiration touchée / Circulation touchée / Coordination / dysrèflexie autonome / Spasme / Faible Toux / Régulation de la température / Autres:
Avez-vous un trouble d'apprentissage?	OUI	NON	* ADD ou TDAH Asperger Autisme Autre:
Avez-vous des allergies?	OUI	NON	*Anesthésiologie Allergies alimentaires Restrictions diététiques Abeilles / Guêpes Autre
Information additionnelle:			

### Participant

Signature : \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

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

### Représentant Experience Canoe Kayak

Signatutre : \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

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