

Consentement éclairé - Activité physique

Je, _____, conviens que des exercices physiques
(nom en caractères d'imprimerie)

réguliers sont bons pour la santé et que ce Programme _____
(activité)

représente un moyen efficace d'améliorer ma condition physique.

Cependant, je reconnais que toute activité physique comporte certains risques, et que le niveau de risque dépend de mon niveau actuel de santé et de condition physique. Par conséquent, j'accepte tout risque de blessure ou de maladie qui pourrait survenir par suite de ma participation volontaire à ce programme d'exercice.

Je comprends que je dois consulter mon médecin si j'ai répondu oui à une des questions du Q-AAP at que j'ai plus de 69 ans, avant de participer à un programme d'activité physique. Cette consultation doit viser à déterminer ma condition physique actuelle et tout danger relié à ma participation à ce programme. De plus, j'ai la responsabilité, en consultation avec mon médecin, de préciser tout problème de santé existant qui pourrait augmenter les risques que je pourrais encourir en m'adonnant à des activités physiques, et de limiter ma participation au programme en conséquence.

Je reconnais que le moniteur ou la monitrice ne peut pas me donner d'avis médical au sujet de ma santé et que ce programme ne peut pas remplacer des examens médicaux réguliers.

Si vous avez lu, compris et rempli le formulaire Q-AAP relativement à votre participation à ce programme et si vous comprenez les risques qui s'y rapportent et acceptez la responsabilité de votre santé et de votre sécurité, veuillez signer la formule ci-dessous.

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ SIGNATURE : _____
ADRESSE : _____ TÉLÉPHONE : ____ - _____ DATE : ____ / ____ / ____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM : _____ TÉLÉPHONE : _____ - _____

MÉDECIN : _____ TÉLÉPHONE : _____ - _____