



FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE ET ACCEPTATION DES RISQUES (POUR PARTICIPANT ADULTE OU PARTICIPANT D'ÂGE MINEUR)

Veillez lire ce document attentivement

Ce formulaire de reconnaissance et acceptation des risques doit être signé par toute personne participant à une Activité sanctionnée ou organisée par SNC, Swim New Brunswick ou un Club de natation enregistré auprès de Swim New Brunswick.

En tant que participant adulte ou au nom d'un participant d'âge mineur aux Activités organisées, reconnues ou sanctionnées par Swimming Natation Canada (ci-après « **SNC** »), Swimming New Brunswick/Natation Nouveau-Brunswick Inc. (« **SNB** ») ou un Club de natation enregistré de SNB, reconnais et accepte les termes et conditions suivants concernant ma / leur participation à toute activité.

Introduction

En tant que participant adulte ou au nom d'un participant d'âge mineur aux Activités organisées, reconnues ou sanctionnées par Swimming Natation Canada (ci-après « **SNC** »), Swimming New Brunswick/Natation Nouveau-Brunswick Inc. (« **SNB** ») ou un Club de natation enregistré de SNB, je, soussigné _____ (nom du participant adulte)

OU

_____ (nom du parent ou tuteur légal du participant d'âge mineur),
à titre de _____ (père, mère ou tuteur légal) de
_____ (nom du participant d'âge mineur), par les présentes, reconnaît
et accepte les termes et dispositions suivantes en lien avec ma ou sa participation à toutes Activités.

Définition

1. « **Activité ou Activités** » signifie toutes activités en personne ou virtuelles telle des événements, camps d'entraînement, programmes, compétitions, entraînements physique, réalisées ou conduites dans l'Eau ou à l'extérieur de l'Eau et reconnues, organisées ou sanctionnées par SNC, Swim New Brunswick un Club de natation membre de Swim New Brunswick.
2. « **Blessure ou Problème de santé** » signifie toutes les blessures, problèmes de santé ou maladies diagnostiquées par un professionnel de la santé incluant les problèmes de santé mentale.
3. « **Club de natation** » signifie un club de natation dûment enregistré auprès de Swim New Brunswick ou de SNC.
4. « **Eau** » signifie toute piscine intérieure ou extérieure, un plan d'eau naturel ou artificiel utilisé pour la natation.
5. « **Entente** » signifie le présent formulaire de reconnaissance et d'acceptation des risques.
6. « **Membres** » signifie les Membres de l'Association Swim New Brunswick et de SNC dont les Clubs de natation enregistrés.
7. « **Mineur** » signifie un participant d'âge mineur.
8. « **Organisation** » signifie collectivement, SNC, Swim New Brunswick, les Clubs de natation de Swim New Brunswick et leurs les entraîneurs, administrateurs, dirigeants, membres de comités, membres, employés, bénévoles, participants, agents et représentants respectifs.



9. « **Participant** » signifie toutes les personnes ou entités de SNC incluant les personnes ou associations, incorporées ou non, telles que décrites à la politique nationale d'enregistrement de SNC et aux procédures et manuel des règlements ci-inclus, qui ont rencontré les exigences d'enregistrement et que ledit enregistrement a été complété ainsi que les participants enregistrés auprès de Swim New Brunswick ou un Club de natation.

Description des risques

10. À titre de participant adulte ou parent ou tuteur légal d'un Mineur en natation et aux Activités de l'Organisation, le soussigné accepte les termes conditions suivantes.
11. Je ou le Mineur, participe de plein gré à la natation ainsi qu'aux Activités de l'Organisation. En contrepartie de ma participation ou de celle du Mineur à la natation et aux Activités de l'Organisation, je reconnais, par les présentes, que je suis au courant et accepte les risques, dangers et aléas inhérents et associés à la natation ainsi qu'aux Activités de l'Organisation, y compris toutes Blessures ou Problèmes de santé qui peuvent se révéler graves voire mortels. Les risques, dangers et aléas peuvent inclure, entre autres, les Blessures ou Problèmes de santé occasionnés par :
- Le fait d'exercer et d'étirer différents groupes musculaires, les activités cardio-vasculaires exténuantes dans l'Eau ou à l'extérieur de l'Eau;
 - L'effort physique intense, le contact physique dans l'Eau ou à l'extérieur de l'Eau;
 - Le fait de tomber ou glisser sur le sol ou le plancher en raison de surfaces inégales, glissantes ou irrégulières incluant notamment le bord de la piscine, les vestiaires ou autres espaces physiques au centre aquatique et dans toutes installations sur ou entourant les sites d'Eau libre;
 - Le défaut d'utiliser correctement une pièce d'équipement de natation ou la défaillance mécanique d'une pièce d'équipement;
 - Les risques de commotions cérébrales et les symptômes aggravants qui en découlent;
 - Les Blessures à la moelle épinière qui peuvent mener à une paralysie permanente;
 - Les voyages à destination et en provenance des entraînements, des compétitions et des événements non compétitifs qui y sont associés et qui font partie intégrante des Activités de l'Organisation.
 - Les sources infectieuses comme la COVID-19 telles que définies par les autorités de santé publique municipales, provinciales ou fédérale pertinentes;
 - Les conditions climatiques extrêmes pouvant entraîner des coups de chaleur, l'insolation ou le foudroiement;
 - La survenance d'un événement de force majeure imprévisible et irrésistible.
12. De plus, je suis au courant que :
- Une Blessure ou un Problème de santé subis peut être sévère et même fatal;
 - Je peux ou le Mineur peut ressentir de l'anxiété durant une Activité de l'Organisation;
 - Le respect de toutes les règles de participation établies diminue les risques de Blessures ou de Problèmes de santé;
 - Le risque de Blessures ou de Problèmes de santé augmente avec la fatigue.
13. En contrepartie de ma participation, ou de celle du participant d'âge mineur, autorisée par l'Organisation, je confirme que je n'ai pas été informé par mon médecin d'un empêchement à ma/sa participation aux Activités de l'Organisation, en raison de mon/son état physique.



Assistance médicale

En cas de Blessure ou Problème de santé, j'autorise l'Organisation à obtenir l'aide médicale nécessaire sur les lieux de pratique, requis selon ma situation médicale ou celle du participant d'âge mineur, incluant le transport par ambulance ou par autres moyens vers un centre hospitalier.

Reconnaissance et signature

J'ai lu cette Entente et en la signant, je comprends qu'elle m'engage et me contraint ainsi que mes héritiers, exécuteurs testamentaires, administrateurs et représentants. Si cette Entente est signée de manière électronique, je reconnais que la signature électronique constitue ma signature officielle et que je suis la personne ayant complété ce formulaire.

Pour le participant d'âge mineur ou Mineur

Nom du Mineur : _____ Date de naissance : _____

Nom du parent ou tuteur (lettres moulées) : _____

Signature du parent ou tuteur : _____

Signé à (municipalité) : _____ le (date) : _____

Pour le participant adulte

Nom du participant : _____

Signature du participant : _____

Signé à (municipalité) : _____ le (date) : _____