



L A B E L L E V I E
S A I L I N G

Cours de voile

Initiation à la navigation hauturière

FORMULAIRE MÉDICAL

&

CONTACTS D'URGENCE

Prénom/nom du participant _____

Téléphone _____ Courriel _____

Adresse _____ Ville _____

Province _____ Code Postale _____

Date de naissance participant (JJ/MM/AAAA) _____

Contacts en cas d'urgence

(1) _____ (2) _____

Prénom/nom de la personne (1) et (2) à contacter en cas d'urgence

(1) _____ (2) _____

Numéro de téléphone de la personne (1) et (2) à contacter en cas d'urgence

(1) _____ (2) _____

Courriel de la personne (1) et (2) à contacter en cas d'urgence

(1) _____ (2) _____

Lien de la personne (1) et (2) avec le participant

Formulaire Médical

Toutes informations médicales divulguées dans ce formulaire est confidentielle et sera traité de la sorte par La Belle Vie Sailing.

d'assurance médicale du participant (carte soleil)

Date d'expiration carte assurance maladie

Prenez-vous des médicaments sur ordonnance ?

OUI NON

Si oui, précisez quel(s) médicament(s) et pourquoi. Précisez la dose. :

Avez-vous des maladies chroniques ?

OUI NON

Si oui, précisez :

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale majeure ?

OUI NON

Si oui, précisez :

Présentez-vous des facteurs de risque qui pourraient augmenter vos risques de maladies cardiaques ?
(Antécédent/hérédité, etc.)

OUI NON

Si oui, précisez :

Avez-vous déjà suivi un traitement psychiatrique ? Avez-vous présentement, ou déjà eu dans le passé, des difficultés concernant votre santé mentale ou émotionnelle ?
(Dépression, épuisement, bipolarité, etc.)

OUI NON

Si oui, précisez :

Souffrez-vous d'allergies ou intolérance alimentaire ?

OUI NON

Si oui, décrivez l'allergène et la sévérité :

Souffrez-vous actuellement, ou avez-vous déjà souffert de problème d'insomnie, de fatigue intense, d'épuisement, de stress ou d'angoisse ?

OUI NON

Si oui, précisez :

Avez-vous un ou des problème(s) ou limitation(s) au niveau de votre de santé physique (dos, chevilles, genoux, hanches, bras, mains, audition, vue, etc.)

OUI

NON

Si oui, précisez :

Avez-vous le mal des transports?

(mal de mer, inconfort en voiture coté passager, inconfort en train, bus, avion)

OUI

NON

Y a-t-il une ou des information(s) concernant vos antécédents ou votre condition actuelle de santé physique, mental ou émotionnel qu'on ne vous a pas demandé et que vous aimeriez partager avec nous ?

OUI

NON

Si oui, précisez :

J'autorise La Belle Vie Sailing Inc. à partager mes informations médicales avec des ressources externes (*ambulanciers, sauveteurs, médecins, etc.*) lors d'une situation où elle le juge nécessaire (*évacuation, urgence médicale, etc.*).

OUI

NON

Je m'engage à prendre une assurance voyage personnelle pour la totalité du séjour et à divulguer les informations concernant mon contrat d'assurance voyage personnelle avec La Belle Vie Sailing (# contrat, nom de l'assureur, numéro de téléphone en cas de réclamation, etc)

OUI

NON

Je, _____ (prénom, nom), sous signé, confirme que les informations inscrites dans ce formulaire sont véridiques et qu'aucun détail médicale ou information sur mon état de santé physique, mental, émotionnel n'est manquante.

Signature du participant _____ Date _____

Consentement pour la signature électronique*

En cochant ici, vous consentez à l'utilisation de votre signature électronique au lieu d'une signature originale sur papier. Vous avez le droit de demander de signer une copie papier à la place. En cochant ici, vous renoncez à ce droit. Après consentement vous pouvez, sur demande écrite, obtenir une copie papier de votre dossier électronique. Votre accord relatif à notre utilisation de votre signature électronique pour tout document demeurera valide jusqu'à ce que le service soit totalement rendu.