

**DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ, RENONCIATION AUX RÉCLAMATIONS,
ACCEPTATION DES RISQUES ET CONVENTION D'INDEMNISATION**

(ci-après appelées la « Convention de décharge »)

**EN APPOSANT VOTRE SIGNATURE SUR LE PRÉSENT DOCUMENT, VOUS RENONCEZ À
CERTAINS DROITS RECONNUS PAR LA LOI, DONT LE DROIT DE POURSUIVRE EN
JUSTICE OU DE RÉCLAMER DES RÉPARATIONS CIVILES.**

À LIRE ATTENTIVEMENT!

SIGNATURE DU PARTICIPANT

Nom	Nom de famille		Prénom		Initiale
Adresse	Rue				
	Ville	Prov./État		Pays	Code
Adresse de courriel					
Date de naissance	Année		Mois		Jour
	Âge				
Téléphone	Domicile		Bureau		Mobile
Date du voyage	Année		Mois		Jour

A : La Traversee des Laurentides Inc.; Logistiques Ski TDL Inc. ; SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DU CANADA; ainsi qu'à leurs administrateurs, membres de la direction, employés, guides, agents, entrepreneurs indépendants, sous-traitants, représentants, successeurs et ayants droit (ci-après collectivement appelés « les Renonciataires »).

ACTIVITÉS DE PLEINE NATURE Dans la présente Convention de décharge, l'expression « **activités de pleine nature** » comprend ce qui suit, mais sans s'y restreindre : le ski nordique, la randonnée pédestre, le touring, les expéditions, le trekking ainsi que toute activité, tout service et toute utilisation des installations fournies, arrangées ou organisées par les Renonciataires, y compris les séances ou les cours d'orientation ou d'instruction, le transport, l'hébergement, la nourriture, les boissons et l'approvisionnement en eau, ainsi que tout transport ou tout déplacement faisant appel à des hélicoptères, d'autres appareils ou avions, des autoneiges, des motoneiges ou d'autres véhicules, et tout séjour en camping ou toute nuitée en plein air.

Dans la présente Convention de décharge, l'expression « **négligence** » comprend l'omission, par les Renonciataires, de faire preuve de diligence digne d'un personne raisonnablement prudent et consciencieux dans des circonstances semblables, ou la violation de tout autre devoir de diligence imposé par la loi.

JE SUIS CONSCIENT DES RISQUES, DES DANGERS ET DES OBSTACLES LIÉS AUX ACTIVITÉS DE PLEINE NATURE, PUIS J'ACCEPTÉ LIBREMENT ET J'ASSUME PLEINEMENT LESDITS RISQUES, DANGERS ET OBSTACLES AINSI QUE LA POSSIBILITÉ DE DOMMAGES CORPORELS, DE DÉCÈS, DE DOMMAGES MATÉRIELS, OU DE TOUTE PERTE DÉCOULANT DE CE QUI PRÉCÈDE.

ÉVACUATION, SAUVETAGE OU SECOURISME IMPRÉVU OU D'URGENCE

Je reconnais et je conviens que toutes les dépenses liées à des activités d'évacuation, de sauvetage ou de secourisme imprévues ou d'urgence seront à ma charge et ne seront pas assumées par les Renonciataires.

**DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ, RENONCIATION AUX RÉCLAMATIONS,
ACCEPTATION DES RISQUES ET CONVENTION D'INDEMNISATION**

(ci-après appelées la « Convention de décharge »)

EN APPOSANT VOTRE SIGNATURE SUR LE PRÉSENT DOCUMENT, VOUS RENONCEZ À CERTAINS DROITS RECONNUS PAR LA LOI, DONT LE DROIT DE POURSUIVRE EN JUSTICE OU DE RÉCLAMER DES RÉPARATIONS CIVILES.

À LIRE ATTENTIVEMENT!

SIGNATURE DU PARTICIPANT

ACCEPTATION DES RISQUES –DÉPLACEMENTS EN PLEINE NATURE, CONDITIONS MÉTÉOROLOGIQUES

Je suis conscient du fait que la participation à des activités en pleine nature comporte de nombreux risques, dangers et obstacles. Le terrain utilisé dans le cadre des activités de pleine nature n'est pas contrôlé, n'est pas balisé et n'est pas inspecté, et il comporte de nombreux risques, dangers et obstacles. Ces risques, dangers et obstacles peuvent prendre les formes qui suivent, mais sans s'y restreindre : les corniches et les encorbellements; les crevasses; les falaises; les arbres; les puits d'aération; les souches d'arbres; les natures mortes en forêt; les ruisseaux; les roches; les éboulements de roches; les rochers; les trous et les dépressions sur ou sous la surface de la neige; les conditions d'enneigement variables et difficiles; la panne de matériel, les contacts avec la flore et la faune dangereuse, toxique ou vénéneuse; l'impact ou la collision avec d'autres personnes; le fait de se perdre ou de se séparer de son groupe ou de son guide; la négligence d'autrui; et la **NÉGLIGENCE DE LA PART DES RENONCIATAIRES, CE QUI COMPREND L'OMISSION, PAR LES RENONCIATAIRES, DE PRENDRE DES MESURES RAISONNABLES POUR ASSURER MA SAUVEGARDE OU MA PROTECTION CONTRE LES RISQUES, LES DANGERS ET LES OBSTACLES DÉCOULANT DES ACTIVITÉS DE PLEINE NATURE.** En pleine nature, les communications peuvent s'avérer difficiles, et en cas d'accident ou de maladie, il se peut que les opérations de sauvetage, les traitements médicaux ou les opérations d'évacuation ne soient pas disponibles ou soient retardés. De plus, les conditions météorologiques en milieu alpin peuvent être extrêmes et peuvent changer rapidement et subitement. Il se peut aussi que des personnes tombent malades en raison de la difficulté de plus en plus grande de maintenir son hygiène personnelle.

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ, RENONCIATION AUX RÉCLAMATIONS ET CONVENTION D'INDEMNISATION

En contrepartie du fait que les Renonciataires me permettent de participer aux activités de pleine nature, telles que définies dans la présente Convention de décharge, et en toute autre contrepartie bonne et valable, dont je reconnais la réception et la suffisance, j'accepte comme suit :

1. **DE RENONCER À TOUTE RÉCLAMATION** que j'ai ou que je serai susceptible d'avoir à l'avenir à l'égard des Renonciataires et **DE DÉCHARGER LES RENONCIATAIRES** de toute responsabilité découlant de toute perte, de tout dommage, de toute dépense ou de toute blessure, ce qui comprend la mort, dont je pourrais être la cible ou dont mes proches pourraient être la cible en raison de ma participation aux activités de pleine nature, **PEU IMPORTE LA CAUSE, CE QUI COMPREND TOUTE NÉGLIGENCE, TOUT MANQUEMENT À UN CONTRAT, OU TOUT MANQUEMENT À UN DEVOIR DE DILIGENCE IMPOSÉ PAR LA LOI OU AUTRE, Y COMPRIS TOUT DEVOIR DE DILIGENCE CONFÉRÉ PAR TOUTE LOI CONNEXE SUR LA RESPONSABILITÉ DES OCCUPANTS DE LA PART DES RENONCIATAIRES, ET Y COMPRIS TOUTE OMISSION DE LA PART DES RENONCIATAIRES DE PRENDRE LES MESURES RAISONNABLES POUR ASSURER MA SAUVEGARDE OU MA PROTECTION CONTRE LES RISQUES, LES DANGERS ET LES OBSTACLES DÉCOULANT DES ACTIVITÉS DE PLEINE NATURE DONT IL EST QUESTION CI-DESSUS;**

1 DE DÉGAGER DE TOUTE RESPONSABILITÉ ET D'INDEMNISER LES RENONCIATAIRES contre toute responsabilité à l'égard de tout dommage matériel ou de tout dommage corporel à n'importe quelle tierce partie découlant de ma participation aux activités de pleine nature;

2 la présente Convention de décharge est en vigueur et est exécutoire dans le cas de mes héritiers, mes proches parents, mes exécuteurs testamentaires, mes ayants droit et mes représentants, advenant mon décès ou incapacité;

3 la présente Convention de décharge ainsi que tout droit, tout devoir et toute obligation entre les parties visées par la présente Convention de décharge ne doivent être régis et interprétés que conformément aux lois de la province là où les activités de pleine nature se déroulent, et non pas aux lois d'autres compétences; et

4 tout litige concernant les parties visées par la présente Convention de décharge ne doit être soulevé que dans la province où les activités de pleine nature ont lieu et doit relever de la compétence exclusive des tribunaux de ladite province.

En concluant la présente Convention de décharge, je ne me fie sur aucune représentation ou déclaration orale ou écrite faite par les Renonciataires en ce qui a trait à la sécurité des activités de pleine nature, autre que ce dont il est question dans la présente Convention de décharge.

JE CONFIRME QUE J'AI LU CETTE CONVENTION DE DÉCHARGE ET QUE JE LA COMPRENDS AVANT DE LA SIGNER, ET QUE JE SAIS QU'EN SIGNANT CETTE CONVENTION DE DÉCHARGE, JE RENONCE À CERTAINS DROITS CONFÉRÉS PAR LA LOI QUE JE, OU MES HÉRITIERS, MES PROCHES PARENTS, MES EXÉCUTEURS TESTAMENTAIRES, MES ADMINISTRATEURS, MES AYANTS DROIT ET MES REPRÉSENTANTS, PEUVENT AVOIR CONTRE LES RENONCIATAIRES.

Signature du témoin
Nom en caractères d'impression

Signature du client ou de l'étudiant
Date
Signature du parent ou du tuteur si la personne a moins de 19 ans

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom	Nom de famille		Prénom	Initiale
	Date de naissance	Année	Mois	Jour
			Âge	

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM			Lien
TÉLÉPHONE	DOMICILE	Bureau	Mobile

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

ALLERGIES		
MÉDICAMENTS		
TROUBLES MÉDICAUX		
MÉDECIN DE FAMILLE		Téléphone
NUMÉRO DE L'ASSURANCE SOINS MÉDICAUX ET NOM DE L'ASSUREUR		
Y A-T-IL D'AUTRES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX OU DE SANTÉ DONT NOUS DEVRIONS ÊTRE AU COURANT?		