

# DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

## Projet : QUI BOUGE GAGNE S.E

**Note à la participante :** Veuillez lire attentivement ce document avant de vous inscrire. Votre sécurité et votre succès dépendent d'une communication honnête sur votre état de santé.

### 1. RECONNAISSANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Je certifie par la présente que je suis en bonne santé physique et que je ne souffre d'aucune condition médicale qui pourrait empêcher ma participation aux exercices de **Mobilité**, de **Souplesse** et de **Force/Endurance** dispensés dans le cadre du programme « Qui Bouge Gagne S.E ».

- Je m'engage à consulter un médecin avant de commencer le programme si j'ai le moindre doute sur ma capacité physique.
- Je m'engage à informer immédiatement l'instructeur de tout changement de mon état de santé ou de toute douleur inhabituelle durant les sessions.

### 2. NATURE DU PROGRAMME ET RISQUES

Je comprends que le programme de 12 semaines comporte des activités physiques qui, par leur nature, comportent des risques inhérents de blessures mineures ou majeures. En signant ce document, j'accepte volontairement ces risques et je reconnais l'importance de suivre les directives techniques fournies.

### 3. RESPONSABILITÉ ET EXONÉRATION

Je décharge les organisateurs et instructeurs du projet « Qui Bouge Gagne S.E » de toute responsabilité en cas de blessure, de dommage ou de perte matérielle survenant pendant ou après les sessions en présentiel, que ce soit par ma propre faute ou par un accident fortuit.

- Je reconnais que je suis responsable de respecter mes propres limites physiques durant les exercices.
- Je comprends que les capsules électroniques et ressources fournies sont des compléments d'information et ne remplacent pas le jugement d'un professionnel de la santé.

## 4. ENGAGEMENT ET CONFIDENTIALITÉ

---

Je m'engage à suivre les directives de l'Architecte du programme pour maximiser mes résultats et assurer la sécurité du groupe. Je comprends que le coût d'entrée est un montant forfaitaire payable en une seule fois lors de la première rencontre officielle. Les frais sont non remboursables après le début de la cohorte, sauf condition majeure documentée.

---

**NOM COMPLET (en lettres moulées) :**

\_\_\_\_\_

**DATE DE SIGNATURE :** \_\_\_\_\_

**LIEU :** Matane, Québec

**SIGNATURE :** \_\_\_\_\_