



## ASSOCIATION DES MONITEURS DE LA CMAS DU QUÉBEC

## ACCEPTATION DES RISQUES

En considération du consentement de \_\_\_\_\_  
A ma participation à un **cours de niveau** \_\_\_\_\_ en plongée sous-marine débutant le \_\_\_\_\_  
ledit consentement ayant été donné à ma demande expresse, par la présente, j'accepte tous les risques de  
blessures ou dommages (incluant le décès ) pour ma personne et mes biens durant ladite activité quel que soit la  
manière ou l'endroit de l'incident et quelque soit la durée et le prolongement de ladite activité.

Par la présente, j'accepte les risques inhérents à la pratique de la plongée sous-marine, lesquels peuvent être:  
Incidents suites aux modifications physiques ou physiologiques inhérentes au déplacement en milieu  
subaquatique, défectuosité de l'équipement, modifications des conditions météorologiques ou conditions de  
pratique, accès au site, faune et flore d'eau douce et d'eau salée, manque ou perte de contrôle personnel,  
incapacité ou défaillance physique personnelle, réactions personnelle en eau froide, en profondeur et en  
situations imprévues ou stressantes.

L'entraînement progressif pour lequel vous vous êtes inscrit permet de réduire au minimum les risques inhérents  
à la pratique de la plongée en développant chez vous les habiletés et les attitudes propres à la pratique et en vous  
donnant les connaissances nécessaires à la compréhension du milieu subaquatique et à son utilisation adéquate.

\_\_\_\_\_  
Nom du participant

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

( ou du parent ou tuteur si le participant est âgé de moins de 18 ans )

\_\_\_\_\_  
Date

## AUTORISATION POUR PARTICIPANTS D'ÂGE MINEUR

Je, soussigné, père \_\_\_ mère \_\_\_ détenteur de l'autorité parentale \_\_\_ ou tuteur \_\_\_ de

\_\_\_\_\_ autorise ce (cette) dernier(ère) à participer à

un cours de certification de niveau \_\_\_\_\_ en plongée sous-marine encadré par du personnel accrédité  
par l'AMCQ

\_\_\_\_\_  
Non du parent ou du tuteur

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Téléphone

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

**A s s o c i a t i o n d e s M o n i t e u r s d e l a C m a s d u Q u é b e c**

Casier postal 1255 succursale B, Montréal, Qc. H3B 2K9

Téléphone : 514-609-9998 Web : [www.cmasquebec.org](http://www.cmasquebec.org)

Courriel : [Info@cmasquebec.org](mailto:Info@cmasquebec.org)