



## AUTORISATION

### Reconnaissance des risques et renonciation:

À titre de participant, parent et/ou détenteur de l'autorité parentale quant à

\_\_\_\_\_ (enfant d'âge mineur), je reconnais que la pratique des sports équestres et à participation aux activités équestres comportent des risques inhérents de blessures sérieuses et je tiens indemne et libère sans restriction les propriétaires, enseignants et moniteurs de leur responsabilité à cet égard pour tout dommage, blessure et perte en découlant.

Le soussigné, en son nom et/ou celui de son enfant/pupille, reconnaît qu'il est physiquement et émotionnellement capable de participer à ces activités, comprend les risques inhérents aux sports équestres, reconnaît l'importance de suivre les règlements et consignes du centre, des enseignements et de ses moniteurs. De plus, il s'engage à se retirer immédiatement, lui, son enfant et/ou pupille, des activités du centre et en avertir le personnel du centre, si sont observées des conditions, situations ou procédures potentiellement dangereuses ou si la condition physique ou mentale du participant se détériorait.

\_\_\_\_\_  
Nom du participant, parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Lieu de signature

\_\_\_\_\_  
Date de signature

## Autorisation d'utilisation de documents photographiques

Par la présente, je consens à ce que toute photographie et/ou document audio-visuel de moi-même, mon fils, ma fille ou l'enfant sous ma tutelle produits par la responsable d'Équitation Thérapeutique Harmony, Genny David, soient utilisés dans le cadre d'activités éducatives et servent à la production de documents écrits promotionnels et à toute autre fin pouvant profiter à l'entreprise.

Nom du cavalier \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_

Témoin \_\_\_\_\_

-----

## Autorisation de divulgation de renseignements personnels

Par la présente, j'autorise la responsable d'Équitation Thérapeutique Harmony, Genny David, à divulguer à ses instructeurs et ses assistants tous les renseignements nécessaires à la tenue d'un programme d'équitation thérapeutique bénéfique et sûr.

Nom du cavalier \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_

Témoin \_\_\_\_\_