

# PARTIE I

## Questionnaire d'aptitude à l'activité physique (Q-AAP)

Pour la plupart des gens, l'activité physique ne présente pas de difficulté ou de risque. Le Q-AAP a été conçu pour les individus pour qui l'activité physique n'est peut-être pas appropriée ou encore pour ceux qui auraient besoin des conseils d'un médecin sur le choix d'un type d'activité. Avant de commencer ou d'augmenter votre activité physique, il serait sage de remplir le Q-AAP afin d'éviter un problème médical.

### Identification du participant

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

### Personnes mineures

Parent, tuteur : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

Coordonnées en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

1. Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un problème cardiaque et que vous ne deviez participer qu'aux activités physiques prescrites et approuvées par un médecin? OUI NON
2. Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que votre tension artérielle était trop élevée ou irrégulière? OUI NON
3. Ressentez-vous une douleur à la poitrine ou au cœur à l'effort et/ou au repos? OUI NON
4. Ressentez-vous des étourdissements, des faiblesses ou des pertes de conscience à l'effort et/ou au repos? OUI NON
5. Souffrez-vous de troubles articulaires ou osseux qui pourraient être aggravés par des activités physiques intensives, des conditions climatiques difficiles ou des conditions de transports difficiles? OUI NON
6. Avez-vous de la difficulté à vous adapter à la chaleur et/ou au froid? OUI NON
7. Portez-vous des lentilles cornéennes, des verres correcteurs (lunettes) ou autre prothèses? OUI NON
8. Avez-vous des problèmes visuels tels que difficulté de juger des distances, des hauteurs ou des couleurs, très grande sensibilité à la lumière ou autres? OUI NON
9. Avez-vous des problèmes auditifs assez importants pour avoir de la difficulté à communiquer avec des personnes lorsqu'elles sont près de vous ou loin? OUI NON
10. Avez-vous des problèmes dermatologiques (peau) qui apparaissent ou sont aggravés par le soleil, la chaleur ou le froid? OUI NON

11. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert :

OUI NON

- d'allergies ou intolérance (froid, noix, aliments, médicaments ou autres)? Si oui, il est de votre responsabilité d'apporter les médicaments nécessaires. (Épipen™ ou autres)
- de problèmes émotionnels, anxieux, psychologiques ou psychiatriques?
- de diabète ou d'hypoglycémie?
- d'épilepsie?
- d'hémophilie?
- d'autres maladies, infections chroniques, hépatite ou troubles de santé?

Précisez : \_\_\_\_\_

12. Êtes-vous enceinte?

OUI NON

13. Connaissez-vous une autre raison pour laquelle vous ne devriez pas faire de l'activité physique?

OUI NON

### Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions:

Avant d'augmenter votre niveau d'activité ou de subir une évaluation de la condition physique, vous devriez consulter votre médecin si vous ne l'avez pas fait récemment.

Il faut lui montrer votre questionnaire Q-AAP ou lui indiquer les questions auxquelles vous avez répondu par l'affirmative.

Après une évaluation médicale, demandez conseil à votre médecin sur votre aptitude à entreprendre:

- une activité physique non restreinte en commençant par des exercices faciles et en progressant peu à peu;
- une activité restreinte ou supervisée pour satisfaire à vos besoins particuliers, surtout au début.

Si vous avez répondu NON à toutes ces questions, vous pouvez dès maintenant commencer à faire davantage d'activités physiques sans danger pour votre santé.

## PARTIE II

### QUESTIONNAIRE SANTÉ

	Oui	Non
Souffrez-vous du vertige ou de la peur des hauteurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des phobies ? (précisez : _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous agoraphobe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous claustrophobe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà souffert de l'apnée du sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous peur de l'eau ou des difficultés à nager ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un casier judiciaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous le mal des transports ? (autobus, avion, train, bateau)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, spécifiez lequel : _____		
Vivez-vous ou avez-vous déjà vécu une situation de désordre alimentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous végétarien, végétalien ou autres ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des suppléments alimentaires, vitamines ou produits naturels ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous de la médication pour un problème de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décrivez le problème de santé et la médication :		

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Au moment de débiter ce projet, as-tu des **problèmes de santé**?

	OUI	NON	SPÉCIFIEZ
Pulmonaire			
Asthme			
Anémie			
Hypoglycémie			
Hyperventilation			
Hyper ou hypotension			
Épilepsie			
Diabète			
Cardiaque			
Allergies			Épipen oui / non
Autres			

As-tu une **blesure** ou une **ancienne blesure** qui pourraient **nuire** à **ton évolution** durant le projet?

	OUI	NON	SPÉCIFIEZ
Cou			
Épaule			
Coude			
Poignet			
Dos			
Bassin			
Genou			
Cheville			
Pieds			
Autres			

J'affirme avoir répondu en toute honnêteté.

Nom de l'étudiant : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiant

\_\_\_\_\_  
Date

Nom du parent/tuteur si le participant est mineur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiant

\_\_\_\_\_  
Date

## **PARTIE III**

### **Acceptation des risques**

#### **Risques inhérents à l'activité**

Les risques de l'activité à laquelle je vais participer sont de façon plus particulière mais non-limitative :

- Une chute ou autres mouvements (entorse, foulure, fracture, etc.);
- Un terrain incliné et accidenté, comportant des voies aménagées ou non, avec des obstacles peu ou pas apparents, où une personne peut se rendre ou se placer en situation dangereuse;
- Des risques inhérents ou inconforts à la météo (orage, tempête de neige, etc.) et à l'environnement (éboulement ou chutes de pierres, arbres, glace, avalanche ou autres matériaux ;
- Des animaux sauvages ou domestiques, ou des plantes vénéneuses ou irritantes;
- Des comportements, mêmes négligents, de la part d'autres usagers;
- Des ancrages permanents non sécuritaires ne protégeant pas en cas de chute;
- Une défaillance des équipements de protection individuelle
- Engelure ou hypothermie, brûlure ou troubles dues à la chaleur
- Maladies de haute montagne telles le MAM, l'œdème cérébral, l'œdème pulmonaire
- Infections respiratoires
- Infections gastro-intestinales

Initiales

#### **Reconnaissance et acceptation des risques**

J'accepte que l'activité que j'entends pratiquer comporte des risques pouvant causer des blessures ou un décès. Ces risques sont identifiés au paragraphe ci-dessus, sans pour autant s'y limiter. J'accepte la nature de ces risques comme partie intégrante de l'activité, ainsi que les conséquences pouvant en résulter. Je reconnais que l'activité se pratique sur des terrains accidentés, éloignés et difficiles d'accès. En cas de besoin, la communication s'effectuera difficilement, un sauvetage sera long et ardu et les soins médicaux ne pourront être administrés dans des délais raisonnables.

Je comprends que les enseignants de La Cordelle pourront exclure toute personne pouvant représenter un risque pour elle-même ou pour les autres.

Initiales

#### **Autorisation d'intervenir en cas d'urgence**

En cas de blessure ou d'accident, ou en cas d'inconscience de ma part, j'autorise les enseignants de La Cordelle à me prodiguer les soins d'urgence nécessaires et à prendre les mesures qui s'imposent pour me faire évacuer (ambulance, hélicoptère, garde côtière ou autrement) dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire, le tout s'il y a lieu à mes frais.

J'autorise la personne qui donne les premiers soins à m'administrer les médicaments requis, à l'exclusion des produits suivants : \_\_\_\_\_

Si je suis sous traitement médical ou si j'ai des réactions connues face à certaines situations (ex : réaction anaphylactique), j'en ai avisé les enseignants responsables de La Cordelle et j'ai indiqué la marche à suivre en cas d'incapacité de ma part à m'administrer moi-même le traitement. Enfants : S'il est impossible de rejoindre les parents ou les responsables de l'enfant, j'autorise le médecin choisi par le personnel cadre de l'activité à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Initiales

### **Décharge de responsabilité pour le matériel**

Je soussigné, renonce par la présente à toute réclamation, ainsi qu'à toute poursuite en dommages et intérêts pour tout dommage aux bien et matériels m'appartenant (usure normale, perte, bris, vol, vandalisme).

Initiales

### **Engagement du participant**

- J'affirme avoir l'état de santé, la forme physique et l'attitude mentale requise pour une telle activité.
- Si l'activité nécessite un contact avec l'eau (traverse de rivière, etc.), je déclare être à l'aise dans l'eau.
- Je m'engage à me conduire en tout temps de façon responsable et sécuritaire, de manière à éliminer ou à réduire les conséquences de ces risques pour moi-même et pour les autres.
- Je m'engage à suivre en tout temps les consignes et les directives données par les enseignants de LA CORDELLE.
- Je m'engage à demander clairement ce qu'il faut faire devant une difficulté qui m'est inconnue, et à signifier ma volonté de ne pas exécuter une manœuvre qui me semble trop difficile.
- Je m'engage à ne pas aller au-delà de mes capacités et à aviser la personne responsable de tout malaise, douleur ou symptôme ressenti pendant la pratique de l'activité.
- Je déclare ne pas être sous l'influence excessif de l'alcool ni aucune drogue ou d'en faire l'usage modéré hors des randonnées ou ascensions de sommets.
- J'affirme avoir lu et compris le présent document et entreprendre la pratique de cette activité en toute connaissance de cause.

Initiales

## Confirmation des renseignements et acceptation des risques

J'atteste que les renseignements consignés dans la présente fiche sont exacts, et cela au meilleur de ma connaissance. Je certifie ne pas avoir délibérément omis de renseignements sur mon état de santé pertinents ou non. Je suis conscient(e) que l'information contenue dans la présente fiche est confidentielle et vise à mieux planifier et encadrer la sécurité des activités et voyages auxquels je participerai et qu'elle permettra à LA CORDELLE de dresser un profil de ses participants. Je suis conscient(e) que les activités et voyages offerts par LA CORDELLE se déroulent dans des milieux semi-naturels ou naturels possiblement accidentés qui, conséquemment sont plus éloignés des services médicaux. Cet état de fait pourrait entraîner de longs délais lors d'une urgence nécessitant une évacuation, et par conséquent, une possible aggravation de mon état ou de la blessure. Ayant pris connaissance de ces risques et ayant eu l'occasion d'en discuter avec les enseignants de LA CORDELLE, je reconnais avoir été informé(e) du contenu du projet «**Expédition Corse 2019**» du Cégep de Trois-Rivières ainsi que les activités organisées dans le cadre de ce projet et que je suis en mesure d'entreprendre l'activité ou le voyage en TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE ET EN ACCEPTANT LES RISQUES que peut comporter cette activité. Je m'engage aussi à jouer un rôle actif dans la gestion de ces risques en adoptant une attitude préventive à mon égard ainsi qu'à l'égard des autres personnes m'entourant. Je comprends qu'il m'est possible de quitter la présente activité ou le présent voyage pour un motif ou pour un autre. Je dispense également le Cégep de Trois-Rivières et les responsables des frais monétaires pouvant découler d'une blessure ou accident lors de ce projet.

**N.B. : Si vous poursuivez le projet, malgré vos problèmes médicaux, c'est que vous assumez les risques inhérents à la pratique des activités proposées et que vous en avez informé le ou les enseignants responsables du projet. Il est de la responsabilité du participant d'informer les responsables de son état de santé ou dès qu'un changement survient. Une problématique de santé importante pourrait être une raison pour laquelle un étudiant ne pourrait participer au projet en raison des risques inhérents pour lui ou pour les autres participants.**

J'ai lu les conditions et je les accepte.

Nom de l'étudiant : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiant

\_\_\_\_\_  
Date

Nom du parent/tuteur si le participant est mineur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiant

\_\_\_\_\_  
Date