

Déclaration de Responsabilité et Acceptation des Risques

Veillez lire attentivement ce document et compléter tous les espaces vides avant de le signer **Déclaration de compréhension et d'acceptation d'indépendance du prestataire** **Acceptation des Risques**

Je comprends et j'accepte que ni les professionnels de la plongée qui dirigent ce programme, ni le centre de plongée ayant dispensé ce programme, Liamis Dive Center, l'équipage ou le propriétaire des navires "M / V APOLLON", "M / V CLEO", ni PADI EMEA Ltd, ni PADI AMERICAS.Inc., ni leurs sociétés affiliées ou filiales, ni aucun de leurs employés respectifs, administrateurs, mandataires ou ayants droit ne pourront être tenus responsables en aucune manière de tout décès, blessure ou autre dommage subi par moi-même si c'est le résultat de ma conduite ou de tout élément ou condition sous mon contrôle qui constituerait une faute ou une négligence contributive de ma part. En l'absence de toute négligence ou de tout autre manquement de la part des professionnels de la plongée dirigeant ce programme, du centre de plongée ayant dispense ce programme, Liamis Dive Center, l'équipage ou le propriétaire des navires "M / V APOLLON", "M / V CLEO", de PADI EMEA Ltd., de PADI Americas, Inc., et de toutes les parties citées ci-dessus, ma participation à ce programme de plongée est entièrement à mes propres risques et périls.

JE CONFIRME LA RÉCEPTION DE CETTE DÉCLARATION DE COMPRÉHENSION ET D'ACCEPTATION D'INDÉPENDANCE DU PRESTATAIRE, AINSI QUE LA DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ ET ACCEPTATION DES RISQUES ET AFFIRME AVOIR LU TOUTES LES CLAUSES AVANT DE LES SIGNER.

Déclaration de Responsabilité et Acceptation des Risques

Cette déclaration vous informe des risques inhérents à la plongée libre/snorkeling. Il précise également les conditions dans lesquelles vous participez à cette excursion à vos risques et périls.

Votre signature sur cette déclaration est requise afin de prouver que vous l'avez reçue et lue. Il est important que vous lisiez le contenu de cette déclaration avant de la signer. Si vous ne comprenez pas certains éléments de cette déclaration, veuillez en discuter avec les professionnels à bord. Si vous êtes mineur, cette déclaration doit aussi être signée par un parent ou un tuteur.

Avertissement

La plongée libre/snorkeling et à la plongée sous-marine comportent des risques inhérents, qui peuvent aboutir à des blessures graves, voire mortelles. La plongée libre/snorkeling et à la plongée sous-marine sont des activités physiquement éprouvantes, vous allez donc vous dépenser durant ce programme de plongée. Vous devez fournir des informations vraies et complètes sur vos antécédents médicaux aux professionnels de la plongée à bord. Des excursions en bateau peuvent être effectués sur un site / région / lieu qui est à distance, que ce soit par le temps ou la distance ou les deux d'une hospitalisation. De plus, au cours de Voyage en bateau depuis et vers les sites / zones / lieux, vous devez suivre les consignes de sécurité des membres du capitaine / de l'équipage et de prendre soin tout en obtenant ou du bateau et à bord pour éviter de glisser, de tomber ou la noyade.

Nom du participant (veuillez écrire lisiblement)

Signature du participant

Date (jour/mois/année)

Signature du parent/tuteur (si applicable)

Date (jour/mois/année)

APTITUDE MEDICALE - DECLARATION DU CANDIDAT

Pour le participant:

Veillez s.v.p. répondre aux questions suivantes sur votre passé ou présent médical, par **OUI** ou par **NON**. Si vous n'êtes pas sûr, répondez par **OUI**.

- Vous-êtes actuellement sous traitement médical? (exceptés contraceptifs et traitement pour la malaria). _____
- Avez-vous vos médicaments sur le bateau? _____

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de...

- épilepsie, convulsions ou prise de médicaments en prévention? _____
- coma, syncope (perte de connaissance complète ou partielle)? _____
- souffrez-vous régulièrement de mal des transports (voiture, mal de mer, etc.)? _____
- problèmes cardiaques, crise cardiaque ou infarctus du myocarde ou angine de poitrine / intervention chirurgicale du coeur ou des vaisseaux sanguins? _____
- avez-vous des allergies? _____ Quelle type d'allergie avez-vous? _____

Pouvez-vous nager? Oui Non

Les informations fournies sur mes antécédents médicaux sont, à ma connaissance, exactes. Je reconnais admettre ma responsabilité pour tout manquement à déclarer mon état de santé passé ou présent.

Personal information

Prénom/Nom _____

Date de Naissance _____ Age _____ Sexe H F
(jour/mois/année)

Adresse _____

Ville _____ CP _____ Pays _____

Email: _____

Hôtel : _____ N° de chambre _____

CONTACT EN CAS D'URGENCE

Nom _____ Relation _____ Téléphone(_____) _____

FRENCH