



RECONNAISSANCE DE RISQUE COVID-19

Le COVID-19 a été déclaré pandémie mondiale par l'Organisation mondiale de la Santé. Le COVID-19 est extrêmement contagieux et se propagerait principalement par contact de personne à personne. Par conséquent, les autorités gouvernementales, tant locales que provinciales et fédérales, recommandent diverses mesures et interdisent certains comportements, afin de réduire la propagation du virus.

La Ville de Kirkland a mis en place certaines mesures pour se conformer aux règles sanitaires de la Santé Publique lors d'activités ou tous autres événements tenus dans ses installations (ci-après l' « Activité »). Votre participation à l'Activité pourrait augmenter vos risques de contracter le COVID-19, malgré toutes les mesures préventives mises en place. La Ville de Kirkland ne peut garantir que toute personne ne sera pas infectée par le COVID-19.

En signant ce document,

- 1) Je reconnais la nature hautement contagieuse du COVID-19 et j'assume volontairement le risque que je pourrais être exposé ou infecté par le COVID-19 lors de ma participation à l'Activité. L'exposition ou l'infection au COVID-19 peut entraîner des blessures, maladies ou autres affections.
- 2) Je déclare que je n'ai pas éprouvé (ni qu'aucune personne vivant sous mon toit n'a éprouvé) de symptômes de rhume ou de grippe dans les 14 derniers jours (incluant fièvre, toux, mal de gorge, maladie respiratoire et difficultés respiratoires).
- 3) Si j'éprouve (ou une personne vivant sous mon toit éprouve) des symptômes de rhume ou de grippe après avoir signé ce document, je m'engage à ne pas participer à toute Activité subséquente, jusqu'à ce qu'au moins 14 jours se soient écoulés depuis l'apparition des derniers symptômes, à moins de présenter un résultat négatif.
- 4) J'ai pris connaissance des mesures de protection en place et m'engage à m'y conformer. À défaut, je comprends que je peux être exclu de l'Activité sans préavis.
- 5) Je comprends et accepte que la Ville de Kirkland ne puisse être tenue responsable de toute exposition ou infection au COVID-19.

DATE : _____

NOM DU PARENT/TUTEUR LÉGAL
(si le participant est mineur ou ne peut légalement
donner son accord)

NOM DU PARTICIPANT

SIGNATURE

Ce document demeurera en vigueur jusqu'à ce que la Ville de Kirkland ait établi que la présente reconnaissance de risque n'est plus requise.