

Contrat d'engagement Salle d'entraînement Deschambault

Entre la Municipalité de Deschambault-Grondines et :

Nom du titulaire de la carte :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Carte à puce :

Type de contrat :

1. Objet du contrat

Le présent contrat a pour objectif de définir les conditions d'utilisation de la salle d'entraînement permettant l'accès aux installations du Centre des loisirs du secteur Deschambault.

2. Engagement du titulaire

En signant ce document, le Titulaire s'engage à :

Respecter en tout temps les règlements, incluant, mais non limité à :

- les heures d'ouverture ;
- les règles de sécurité ;
- l'utilisation adéquate des équipements et des espaces ;
- les consignes du personnel municipal

Utiliser l'abonnement uniquement pour des fins personnelles.

Il est interdit de prêter, partager ou céder son abonnement à une autre personne

Adopter un comportement respectueux et sécuritaire, autant envers :

- les autres usagers ;
- le personnel ;
- les biens municipaux et les équipements.

Aviser rapidement la municipalité en cas de perte, bris ou vol de l'équipements ou de la carte à puce.

Payer l'adhésion au moment de l'inscription en ligne.

En remplissant le questionnaire « Q-AAP », qu'il est physiquement apte à participer aux exercices physiques et à utiliser les équipements qui sont mis à sa disposition. Il déclare ignorer toute incapacité physique, médicale, ou autre maladie, pouvant nuire à sa condition physique ou sa santé et décharge la municipalité de Deschambault-Grondines de toutes responsabilités découlant de son entraînement et de son état de santé. Il s'engage à communiquer, dans un court délai, à la municipalité de Deschambault-Grondines, tous changements de sa condition physique ou médical. Il est recommandé que le membre obtienne un programme personnalisé élaboré par un kinésiologue certifié et membre d'une association reconnue

Le membre ne pourra être libéré de ses obligations de paiement ni ne pourra se prévaloir d'un remboursement en raison d'absence, de désistement ou en raison de changement intervenu dans sa condition physique

Le membre doit pendant toute la durée de l'utilisation de la salle d'entraînement user du bien avec prudence et diligence, c'est-à-dire qu'il doit en faire un usage raisonnable

Le membre a l'obligation de se conduire de façon à ne pas troubler la jouissance normale des lieux des autres membres

La municipalité est équipée de caméra de surveillance pour une meilleure sécurité des gens, des lieux et des équipements. Le membre accepte d'être filmé en tout temps

Être âgé de 16 ans minimum (signature d'un tuteur obligatoire, si moins de 18 ans). Possibilité pour les jeunes de 14-15 ans avec présence d'un adulte accompagnateur lors des séances d'entraînement.

JE RECONNAIS par la présente que, même si peu de blessures surviennent dans ce domaine, la pratique du conditionnement physique et des activités plus particulières auxquelles je suis inscrite ou inscrit comporte certains risques

3. Engagement de la municipalité

La municipalité de Deschambault-Grondines accorde, pour la durée de l'adhésion et sous réserve des conditions d'adhésion énoncées ci-après, les droits et privilèges suivants : l'utilisation des installations de la salle d'entraînement.

La durée de l'adhésion débute à compter de la date de paiement et se termine à la fin de la période d'adhésion choisie à moins de suspension par la municipalité de Deschambault-Grondines.

La municipalité de Deschambault-Grondines n'est aucunement responsable du vol, de la perte, des dommages survenus aux biens personnels et effets des membres.

4. Règlements

Dépôt obligatoire de 25\$ pour la carte à puce qui permet l'accès au centre

Espadrilles PROPRES à usage unique pour l'intérieur et propice à l'entraînement

Déposez une serviette sur les principales surfaces d'appui du corps et nettoyer les poignées, les tableaux des appareils et autres équipements suite à l'entraînement. Déposez sur le tapis prévu à cet effet, tous les poids et haltères lors de l'entraînement

Ne pas être en état de consommation ou de consommer (drogue, alcool ou substances illicites)

Utiliser le matériel d'entraînement à des fins de bien-être et d'amélioration de la condition physique (il est de votre responsabilité de voir à votre santé)

Rapporter promptement à la municipalité toute défectuosité ou autre situation indésirable ou dangereuse

Interdiction de prêter sa carte de membre ou de donner accès à un non-membre

Un maximum de 12 personnes est permis dans la salle d'entraînement.

Respecter les heures d'ouvertures et de fermetures. Si le système d'alarme est activé, les frais encourus seront facturés au membre

Si un bris de matériel est occasionné par une mauvaise utilisation de celui-ci, le coût de la facture de réparation ou de son remplacement devra être assumé par la personne fautive

4. Sanctions

Le Titulaire reconnaît que :

Tout non-respect des règlements ou du présent contrat peut entraîner :

- un avertissement écrit ou verbal ;
- la suspension temporaire de l'accès ;
- le retrait définitif de la carte à puce, sans remboursement, à la discrétion de la Municipalité.

La Municipalité se réserve le droit d'intervenir en tout temps afin d'assurer un environnement sécuritaire et respectueux.

5. Acceptation

En signant ce document, le Titulaire reconnaît avoir pris connaissance du présent contrat et s'engage à respecter l'ensemble des clauses et règlements associés à l'utilisation de la salle d'entraînement du centre des loisirs secteur Deschambault.

Signature du titulaire : _____

Date : _____









Q-AAP+

Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique pour tous




L'exercice physique pratiqué d'une façon régulière constitue une occupation de loisir saine et agréable et plus de gens devraient devenir plus actifs physiquement à chaque jour de la semaine. Mener une vie active est sécuritaire pour LA PLUPART DES GENS. Ce questionnaire vous dira si elle est nécessaire pour vous de demander conseil à votre médecin ou à un professionnel de l'entraînement qualifié avant de devenir plus actif physiquement.

DES QUESTIONS DE SANTÉ GÉNÉRALE

S'il vous plaît, répondez soigneusement et honnêtement à ces 7 questions: cocher Oui ou Non.	OUI	NON
1) Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffrez d'un problème cardiaque OU d'hypertension artérielle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Ressentez-vous une douleur à la poitrine au repos, au cours de vos activités quotidiennes, OU lorsque vous faites de l'activité physique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre reliés à un étourdissement OU avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois? Répondez NON si vos étourdissements sont reliés à de l'hyperventilation (y compris pendant un exercice physique intense).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffrez d'une autre maladie chronique (autre qu'une maladie cardiaque ou de l'hypertension)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires qui pourraient être aggravés si vous devenez plus actif physiquement? Répondez NON , s'il vous plaît, si vous aviez un problème articulaire dans le passé (par exemple, genou, cheville, épaule ou autre) qui ne limite pas votre capacité actuelle à être physiquement actif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Est-ce que votre médecin a déjà dit que vous ne pouviez pas faire de l'activité physique sans supervision médicale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-  **Si vous avez répondu NON à toutes les questions ci-dessus, vous êtes autorisé à l'activité physique. Aller à la page 4 de signer la déclaration du participant. Vous n'avez pas besoin de remplir les pages 2 et 3.**
-  Commencez à être beaucoup plus actif physiquement - Commencez lentement et augmentez progressivement.
 -  Suivez les directives d'activité physique canadiennes (www.csep.ca/guidelines).
 -  Vous pouvez obtenir une évaluation de votre forme physique.
 -  Contactez un professionnel de l'entraînement qualifié (par exemple un Entraîneur Personnel Certifié SCPE® (EPC-SCPE) ou un Physiologiste de l'exercice certifié SCPE® (PEC-SCPE)) pour obtenir des conseils afin de devenir plus actif physiquement.
 -  Si vous êtes âgé de plus de 45 ans et pas habitué à une activité physique régulière vigoureuse, consulter un professionnel de l'entraînement qualifié (PEC-SCPE) avant de vous engager dans l'exercice d'effort maximal.

 **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions ci-dessus, COMPLÉTEZ LES PAGES 2 ET 3.**

-  **Retardez une augmentation de votre niveau d'activité physique si:**
-  Vous ne vous sentez pas bien à cause d'un inconfort temporaire comme de la fièvre ou la grippe - attendez de vous sentir mieux
 -  Vous êtes enceinte - parlez-en à votre professionnel de la santé, à votre médecin, à un professionnel de l'entraînement qualifié et / ou remplissez le **eX-AAP+** sur la site internet www.eparmedx.com avant de devenir beaucoup plus actif
 -  Votre état de santé change - répondez aux questions sur les pages 2 et 3 du présent document et / ou de parler à votre médecin ou à un professionnel de l'entraînement qualifié (PEC-SCPE ou de la CPT-SCPE) avant de continuer avec un programme d'activité physique

Q-AAP+

QUESTIONS DE SUIVI DE VOS MALADIES CHRONIQUES

1. **Souffrez-vous d'arthrite, d'ostéoporose, ou des problèmes de dos?**
Si la/les condition(s) ci-dessus est/sont présent(es), répondre aux questions 1a-1c Si **NON** passez à la question 2
- 1a. Éprouvez-vous de la difficulté à contrôler votre maladie avec des médicaments ou autres thérapies prescrites par votre médecin? (Répondez **NON** si actuellement vous ne prenez pas de médicaments ou d'autres traitements) OUI NON
- 1b. Avez-vous des problèmes d'articulation entraînant de la douleur, une récente fracture associée à une fragilité osseuse, un déplacement de vertèbre (par exemple, spondylolisthésis), et/ou spondylolyse/pars defect (une fissure dans l'anneau osseux sur l'arrière de la colonne vertébrale)? OUI NON
- 1c. Avez-vous consommé oralement ou par injection des corticoïdes (médicament anti-inflammatoire) pendant plus de 3 mois? OUI NON
2. **Êtes-vous atteint d'un cancer?**
Si la/les condition(s) ci-dessus est/sont présent(es), répondre aux questions 2a-2b Si **NON** passez à la question 3
- 2a. Votre diagnostic de cancer inclut-il l'un des types suivants: cancer du poumon / broncho-pulmonaire, le myélome multiple (cancer des cellules plasmatiques), de la tête, du cou? OUI NON
- 2b. Êtes-vous actuellement en thérapie pour traiter votre cancer? OUI NON
3. **Êtes-vous atteint d'une maladie cardiaque ou cardio-vasculaire?** *Cela comprend maladie coronarienne, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, arythmie cardiaque*
Si la/les condition(s) ci-dessus est/sont présent(es), répondre aux questions 3a-3e Si **NON** passez à la question 4
- 3a. Éprouvez-vous de la difficulté à contrôler votre maladie avec des médicaments ou autres thérapies prescrites par votre médecin? (Répondez **NON** si actuellement vous ne prenez pas de médicaments ou d'autres traitements) OUI NON
- 3b. Avez-vous reçu un diagnostic d'anomalie du rythme cardiaque qui nécessite un traitement médical (par exemple une fibrillation auriculaire ou une contraction ventriculaire prématurée)? OUI NON
- 3c. Souffrez-vous d'insuffisance cardiaque chronique? OUI NON
- 3d. Lorsqu'au repos, avez-vous une tension artérielle égale ou supérieure à 160/90 mmHg avec ou sans médicaments pour la tension artérielle? (Répondez **OUI** si vous ne connaissez pas votre tension artérielle au repos) OUI NON
- 3e. Avez-vous reçu un diagnostic de maladie coronarienne et n'avez pas fait d'activité physique régulièrement au cours des 2 derniers mois? OUI NON
4. **Avez-vous des problèmes de conditions métaboliques?** *Cela comprend diabète de type 1, diabète de type 2, et pré-diabète*
Si la/les condition(s) ci-dessus est/sont présent(es), répondre aux questions 4a-4c Si **NON** passez à la question 5
- 4a. Est-ce que votre glycémie est souvent au-dessus de 13.0 mmol/L? (Veuillez répondre **OUI** si vous n'êtes pas certain) OUI NON
- 4b. Avez-vous des signes ou symptômes de complications liées au diabète telles qu'une maladie cardiaque ou vasculaire et / ou des complications affectant les yeux, les reins, et la sensation de vos orteils et des pieds? OUI NON
- 4c. Avez-vous d'autres conditions métaboliques (comme des problèmes de thyroïde, le diabète gestationnel, insuffisance rénale ou insuffisance hépatique)? OUI NON
5. **Avez-vous des problèmes de santé mentale ou des difficultés d'apprentissage?** *Cela inclut Alzheimer, démence, dépression, troubles anxieux, troubles de l'alimentation, troubles psychotiques, déficience intellectuelle, syndrome de Down*
Si la/les condition(s) ci-dessus est/sont présent(es), répondre aux questions 5a-5b Si **NON** passez à la question 6
- 5a. Éprouvez-vous de la difficulté à contrôler votre maladie avec des médicaments ou autres thérapies prescrites par votre médecin? (Répondez **NON** si actuellement vous ne prenez pas de médicaments ou d'autres traitements) OUI NON
- 5b. Avez-vous **aussi** des problèmes de dos qui affectent vos nerfs ou muscles? OUI NON

Q-AAP+

6. **Avez-vous des problèmes respiratoires?** *Cela comprend maladie pulmonaire obstructive chronique, asthme, l'hypertension artérielle pulmonaire*
Si la/les condition(s) ci-dessus est/sont présent(es), répondre aux questions 6a-6d Si **NON** passez à la question 7
- 6a. Éprouvez-vous de la difficulté à contrôler votre maladie avec des médicaments ou autres thérapies prescrites par votre médecin? (Répondez **NON** si actuellement vous ne prenez pas de médicaments ou d'autres traitements) OUI NON
- 6b. Est-ce que votre médecin a indiqué que la concentration d'oxygène de votre sang est basse quand vous êtes au repos ou quand vous faites de l'activité physique et / ou que vous avez besoin d'oxygénothérapie supplémentaire? OUI NON
- 6c. Si vous êtes asthmatique, avez-vous actuellement des symptômes d'une oppression thoracique, respiration sifflante, difficultés respiratoires, toux persistante (plus de 2 jours / semaine), ou avez-vous utilisé votre médicament de secours plus de deux fois la semaine dernière? OUI NON
- 6d. Votre médecin a-t-il déjà dit que vous faites de l'hypertension dans les artères pulmonaires? OUI NON
-
7. **Avez-vous une lésion de la moelle épinière?** *Cela comprend tétraplégie et paraplégie*
Si la/les condition(s) ci-dessus est/sont présent(es), répondre aux questions 7a-7c Si **NON** passez à la question 8
- 7a. Éprouvez-vous de la difficulté à contrôler votre maladie avec des médicaments ou autres thérapies prescrites par votre médecin? (Répondez **NON** si actuellement vous ne prenez pas de médicaments ou d'autres traitements) OUI NON
- 7b. Au repos, avez-vous souvent une tension artérielle faible, pouvant causer des étourdissements, des vertiges, et / ou des pertes de conscience? OUI NON
- 7c. Votre médecin a-t-il déjà dit que vous avez des épisodes soudains d'hypertension (appelés dysrétexie autonome)? OUI NON
-
8. **Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral (AVC)?** *Cela inclut ischémique transitoire (AIT) ou AVC*
Si la/les condition(s) ci-dessus est/sont présent(es), répondre aux questions 8a-8c Si **NON** passez à la question 9
- 8a. Éprouvez-vous de la difficulté à contrôler votre maladie avec des médicaments ou autres thérapies prescrites par votre médecin? (Répondez **NON** si actuellement vous ne prenez pas de médicaments ou d'autres traitements) OUI NON
- 8b. Est-ce que votre mobilité à la marche est réduite? OUI NON
- 8c. Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral (AVC) ou une défaillance nerveuse ou musculaire au cours des 6 derniers mois? OUI NON
-
9. **Avez-vous d'autres conditions médicales qui ne figurent pas ci-dessus ou souffrez-vous de deux conditions chroniques?**
Si la/les condition(s) ci-dessus est/sont présent(es), répondre aux questions 9a-9c Si **NON** lisez les conseils sur la page 4
- 9a. Avez-vous éprouvé une perte de mémoire ou de conscience à la suite d'une blessure à la tête au cours des 12 derniers mois OU avez-vous été diagnostiqué comme ayant subi une commotion cérébrale au cours des 12 derniers mois? OUI NON
- 9b. Avez-vous une condition médicale qui n'est pas mentionnée (comme l'épilepsie, les troubles neurologiques, des problèmes rénaux)? OUI NON
- 9c. Vivez-vous actuellement avec deux maladies chroniques? OUI NON

Allez à la page 4 pour connaître les recommandations de votre état de santé actuel et de signer la déclaration du participant.

Q-AAP+



Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions concernant votre état de santé chroniques, vous êtes prêt à devenir plus actif physiquement:

- ▶ Vous êtes prêt à devenir plus actif physiquement et il est recommandé que vous consultiez un professionnel d'exercice qualifié (comme un EPC-SCPE ou un PEC-SCPE) pour répondre à vos besoins spécifiques.
- ▶ Vous êtes encouragés à commencer lentement - 20 à 60 minutes à chaque séance, avec des activités aérobiques et de renforcement musculaire d'intensité basse ou modérée, 3-5 jours par semaine.
- ▶ À mesure que vous progressez, vous devriez viser à accumuler 150 minutes ou plus d'activité physique modérée par semaine.
- ▶ Si vous êtes âgé de plus de 45 ans et pas habitué à une activité physique régulière vigoureuse, consulter un professionnel de l'entraînement qualifié (SCPE-PEC) avant de s'engager dans l'exercice d'effort maximal.



Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs des questions de suivi concernant votre état de santé chronique:

Vous devriez obtenir des renseignements supplémentaires avant de devenir beaucoup plus actif physiquement ou avant de prendre part à une évaluation de la forme physique. Il FAUT que vous remplissiez le questionnaire et suiviez les recommandations pour l'activité physique (**eX-AAP+**) sur la site internet www.eparmedx.com et / ou visitiez un professionnel de l'entraînement qualifié pour plus de renseignements.



Retardez une augmentation de votre niveau d'activité physique si:

- ✓ Vous ne vous sentez pas bien à cause d'un inconfort temporaire comme de la fièvre ou la grippe - attendez de vous sentir mieux
- ✓ Vous êtes enceinte - parlez-en à votre professionnel de la santé, à votre médecin, à un professionnel de l'entraînement qualifié et/ou remplissez le **eX-AAP+** sur la site internet www.eparmedx.com avant de devenir beaucoup plus actif
- ✓ Votre état de santé change - s'il vous plaît parler à votre médecin ou à l'exercice professionnel qualifié (PEC-SCPE) avant de continuer avec un programme d'activité physique.

- Toute modification est interdite. Nous vous encourageons à copier le Q-AAP+ dans sa totalité.
- Le Q-AAP+ Collaboration, la Société Canadienne de Physiologie de l'Exercice, et leurs agents n'assument aucune responsabilité envers les personnes qui entreprennent une activité physique. Si vous avez des doutes après avoir complété ce document, consultez votre médecin avant de faire de l'activité physique.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

- S'il vous plaît lire et signer la déclaration ci-dessous.
- Si vous n'avez pas l'âge légal nécessaire pour le consentement ou avez besoin de la permission de votre fournisseur de soins, alors, votre parent, tuteur légal, ou le fournisseur de soins doit aussi signer ce document.

Je, sous-signé(e), affirme avoir lu, compris à ma satisfaction et complété ce questionnaire. Je reconnais que cette autorisation d'activité physique est valide pour un maximum de 12 mois à compter de la date à laquelle elle est émise et devient non valide si mon état de santé change. Je reconnais également qu'un administrateur (e.g. mon employeur, centre de conditionnement physique ou communautaire, fournisseur de soins de santé, ou autre) peut conserver une copie de ce formulaire pour leurs dossiers. Le cas échéant, cet administrateur devra se conformer aux lignes directrices canadiennes et internationales concernant l'enregistrement des renseignements médicaux personnels afin d'assurer la confidentialité de l'information et que ces renseignements ne soient pas utilisés ou divulgués incorrectement.

NOM _____

DATE _____

SIGNATURE _____

TÉMOIN _____

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR LEGAL/ FOURNISSEUR DE SOINS _____

Pour plus d'informations, veuillez contacter

www.eparmedx.com or
La Société Canadienne de Physiologie de l'Exercice
www.csep.ca

Citation pour Q-AAP+

Warburton DER, Jamnik VK, Bredin SSD, and Gledhill N on behalf of the PAR-Q+ Collaboration. The Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q+) and Electronic Physical Activity Readiness Medical Examination (ePARmed-X+). Health & Fitness Journal of Canada 4(2):3-23, 2011.

Références

1. Jamnik VJ, Warburton DER, Makarski J, McKenzie DC, Shephard RJ, Stone J, and Gledhill N. Enhancing the effectiveness of clearance for physical activity participation: background and overall process. APNM 36(51):53-513, 2011.
2. Warburton DER, Gledhill N, Jamnik VK, Bredin SSD, McKenzie DC, Stone J, Charlesworth S, and Shephard RJ. Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance; Consensus Document. APNM 36(51):5266-s298, 2011.

Le Q-AAP+ a été créé à l'aide d'un processus fondé sur des preuves (AGREE) (1) par un Q-AAP+ Collaboration présidée par le Dr. Darren E. R. Warburton avec le Dr. Norman Gledhill, Dr. Veronica Jamnik, et le Dr. Donald C. McKenzie (2). La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada et la Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement les vues de l'Agence de santé publique du Canada ou la Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique.

