



# Formulaire d'inscription

NOTE : Veuillez remplir le présent formulaire, le sauvegarder, puis le faire parvenir par courriel en pièce jointe à [info@parcsnunavik.ca](mailto:info@parcsnunavik.ca). Un employé du parc communiquera avec vous pour finaliser votre inscription.

## Partie A - Renseignements personnels

Quel parc désirez-vous visiter? **Parc national**

Pour vous inscrire au parc national Kuururjuaq, vous devrez remplir l'annexe 1 : Information complémentaire, laquelle vous sera transmise par un employé du parc.

Nom  Prénom

Adresse

Ville/Village  Province/État  Code postal

Pays  Téléphone

Date de naissance (jj-mm-aaaa)  Sexe  M  F

Courriel

1 Voyagez-vous avec une agence de voyage?  Oui  Non Si oui, laquelle

2 Êtes-vous un guide professionnel en charge d'un groupe?  Oui  Non

Assurez-vous de répondre aux critères fixés par Parcs Nunavik. Contactez-nous.

Note : Si vous voyagez avec une agence de voyage ou avec un guide professionnel, complétez les **parties A, D et E** du formulaire.

### Personnes à contacter en cas d'urgence

A Nom  Prénom

Pays  Sexe  M  F Lien

Téléphone Jour  Soir  Cellulaire

Courriel

B Nom  Prénom

Pays  Sexe  M  F Lien

Téléphone Jour  Soir  Cellulaire

Courriel



## Partie 6 - Niveau de préparation à l'expérience

- 1 Avez-vous une expérience de voyage en milieu sauvage éloigné?  Oui  Non
- 2 Le cas échéant, comment qualifiez-vous votre expérience en milieu sauvage éloigné?  
 Débutant  Intermédiaire  Expert

Veillez inscrire les cinq expériences de plein air les plus significatives que vous avez vécues, en lien avec votre choix d'activités dans le parc.

|    |                      |      |                      |
|----|----------------------|------|----------------------|
| 1. | <input type="text"/> | Date | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/> | Date | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> | Date | <input type="text"/> |
| 4. | <input type="text"/> | Date | <input type="text"/> |
| 5. | <input type="text"/> | Date | <input type="text"/> |

- 3 Quel niveau de formation en premiers soins avez-vous?
- Aucun
  Secourisme avancé - 1<sup>er</sup> répondant \*
- Formation de base (secourisme et RCR) \*
  Autre
- Secourisme en milieu sauvage et éloigné \*

\* Vous devez joindre une photocopie de vos certifications.

Veillez indiquer toutes les autres formations pertinentes en soins de santé et compétences techniques en lien avec votre choix d'activités dans le parc.

- 4 Êtes-vous un professionnel de la santé? Le cas échéant :  
 Médecin  Infirmière  Autre
- 5 Seriez-vous prêt à participer à une opération de secours si on vous le demandait?  Oui  Non



## Pour usage administratif seulement

N° d'inscription  Nom  Prénom

Groupe ou agence de voyage, ou guide professionnel

Nbre de personnes

### Entrée dans le parc

Date d'entrée (jj-mm-aaaa)

### Sortie du parc

Date de sortie prévue (jj-mm-aaaa)

Moyen

### Employé responsable de l'inscription

Entrée

Sortie

### NOTES

# FORMULAIRE MÉDICAL

QUESTIONNAIRE DE CONTRÔLE MÉDICAL ET D'APTITUDE PHYSIQUE À DES ACTIVITÉS DE PLEIN AIR INTENSIVES EN RÉGION ÉLOIGNÉE



N° D'ASSURANCE MALADIE \_\_\_\_\_ GROUPE SANGUIN \_\_\_\_\_ POIDS \_\_\_\_\_

Nous vous prions de répondre **CONSCIENCIEUSEMENT** aux questions suivantes.

**Oui Non**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | 1- Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous avez ou avez peut-être un problème cardiaque?  |
|  |  | 2- Avez-vous des douleurs à la poitrine ou au cœur à l'effort ou au repos?   |
|  |  | 3- Ressentez-vous des étourdissements ou des faiblesses au repos, à l'effort, au froid ou à la chaleur?  |
|  |  | 4- Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que votre tension artérielle était trop élevée?   |
|  |  | 5- Souffrez-vous de troubles articulaires ou osseux qui pourraient être aggravés par des activités physiques intensives et des conditions climatiques difficiles (froid, humidité)?<br><b>Précisez :</b>   |
|  |  | 6- Souffrez-vous d'allergies (pollen, froid, animaux, noix, lait, etc.)?<br><b>Précisez :</b>  |
|  |  | 7- Prenez-vous des médicaments de façon régulière?<br><b>Lesquels :</b>  |
|  |  | 8- Avez-vous de la difficulté à vous adapter à la chaleur ou au froid?   |
|  |  | 9- Avez-vous une ou des phobies (Peur des hauteurs, de l'eau, des insectes, de la noirceur, d'être dans des endroits restreints, etc.)?<br><b>Précisez :</b>   |
|  |  | 10- Portez-vous des lunettes ou lentilles cornéennes?  |
|  |  | 11- Avez-vous des problèmes visuels tels que de la difficulté à juger les distances et les hauteurs, une très grande sensibilité à la lumière intense ou d'autres problèmes ne pouvant être corrigés avec des lunettes ou lentilles cornéennes?<br><b>Précisez :</b> |
|  |  | 12- Avez-vous des problèmes auditifs assez importants pour avoir de la difficulté à communiquer avec des personnes lorsqu'elles sont près ou loin de vous?<br><b>Précisez :</b>  |
|  |  | 13- Avez-vous des problèmes dermatologiques (peau) qui apparaissent ou sont aggravés par le soleil, la chaleur, le froid, etc.?<br><b>Précisez :</b>   |
|  |  | 14- Souffrez-vous d'engourdissement au travail, au repos ou lors de toute autre activité?  |
|  |  | 15- Êtes-vous hémophile ou prenez-vous des médicaments qui éclaircissent votre sang?<br><b>Lesquels:</b>   |
|  |  | 16- Ressentez-vous de la douleur, de la chaleur ou des crampes dans les mollets lorsque vous marchez sur un terrain en pente ou que vous montez un escalier?   |
|  |  | 17- Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes respiratoires (asthme, difficultés respiratoires à l'effort, au froid, à l'humidité ou à la chaleur, beaucoup de sécrétions provenant des poumons à l'effort, etc.)?<br><b>Précisez :</b>                           |
|  |  | 18- Existe-t-il d'autres raisons d'ordre physique ou mental qui vous empêcheraient de partir avec un groupe loin des centres urbains et dans les conditions décrites par le responsable de l'activité?<br><b>Précisez :</b>  |

**ASSURANCE MÉDICALE - Assureur**

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Numéro de police : \_\_\_\_\_

Date de validité : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Votre police couvre-t-elle les frais d'une évacuation d'urgence en région éloignée? OUI NON

Si tel n'est pas le cas, veuillez remplir la section suivante : \_\_\_\_\_

**ASSURANCE ÉVACUATION EN RÉGION ÉLOIGNÉE**

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Numéro de police : \_\_\_\_\_

Date de validité : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_