

# FORMULAIRE DE DÉCHARGE

Simulation de chute libre - RealFly

Merci de compléter ce formulaire avant votre vol.  
Les champs marqués d'un astérisque (\*) sont obligatoires.

## INFORMATIONS PERSONNELLES

Prénom *	_____	Nom *	_____
Rue *	_____	Date de naissance *	_____
Ville *	_____	NPA * / Pays *	_____ / _____
N° de téléphone *	_____	Adresse email *	_____
Personne responsable (mineur)	_____	Lien de parenté	_____

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Question	Oui	Non
J'ai déjà eu une luxation de l'épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai une maladie cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai un pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu un AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis sous l'influence de l'alcool/de drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu une blessure grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai une maladie grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pèse plus de 120 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour les dames, je suis enceinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE NOUS

flyer  publicité  par un ami  TV-radio  internet  presse  j'ai déjà volé

Merci de spécifier le nom du journal, de l'émission ou du site : \_\_\_\_\_

## CONSENTEMENT ET AUTORISATIONS

- Je veux recevoir les informations sur les offres spéciales RealFly.
- Je suis conscient-e que la simulation de chute libre est une activité physique pouvant causer des blessures. Je veux voler et je participe en connaissance des risques.
- J'ai informé RealFly de tout ce qui pourrait avoir une influence sur ma santé et ma sécurité.

## SIGNATURES

Date	_____	Lieu	_____
Signature du participant	_____	Signature du représentant légal	_____

Pour les mineurs : Moi, \_\_\_\_\_, confirme que toutes les informations ci-dessus sont correctes et que j'autorise mon enfant à utiliser le simulateur de chute libre.