VIADUC DE LA FONTAINE – SAINT LEU- 120M

V.3.2

FICHE D'INSCRIPTION

REGISTRATION FORM

Nom - *Family name*

Prénom - *First name*

Né(e) le - *Birth date* __ __ — __ __ — __ __ __ __ Poids - *Weight* ___ Kgs

Nom - *Family name*

Prénom - *First name*

Né(e) le - *Birth date* __ __ — __ __ — __ __ __ __ Poids - *Weight* ___ Kgs

Adresse - *Adress* .....

.....

CP - *Zip code* ..... Ville - *City* .....

Pays - *Country* ..... E.mail ..... @ .....

Tel ..... E.mail ..... @ .....

CONTRE - INDICATIONS AU SAUT EN ELASTIQUE
(cette liste est indicative et non limitative)
CARDIOVASCULAIRES : trouble coronaire ou cardiaque - antécédent d'intervention cardiaque. **OSTEOARTICULAIRES & MUSCULAIRES** : antécédent d'intervention chirurgicale rachidienne - hernie discale - névralgie cervicobrachiale - déminéralisation osseuse (ostéoporose, maladie des os,) - hyperlaxité - antécédent de luxation de hanche - pathologie méniscale - prothèse de hanche, de genou, de jambe - rupture ou opération d'un ligament croisé du genou < à 9 mois ou avec séquelles - fracture clavicule, hanche, côte ou membres inf. ou sup. < à 9 mois ou < à 12 mois si opérée ou avec séquelles - entorse membre inf. ou sup. < à 3 mois ou avec séquelles - rupture ou lésion du tendon d'achille < 12 mois ou avec séquelles - déchirement ou claquage musculaire < 3 mois ou séquelles - antécédent de fracture du crâne ou des vertèbres - entorse cervicale < à 4 mois ou avec séquelles. **NEUROLOGIQUES** : épilepsie - antécédents d'intervention cérébrale - alcoolisme, prise de toxiques, de drogues ou de médicaments psychotropes avant le saut. **ORL** : troubles de l'équilibre, centraux ou périphériques (vertige de Ménière,). **THORACIQUE & RESPIRATOIRE** : antécédent de pneumothorax. **ABDOMEN** : hernies abdominales. **OPHTALMOLOGIQUES** : intervention chirurgicale de moins de 5 mois - antécédents de décollement de rétine - myopie de plus de 5 dioptries. **DE GROSSESSE** : du début au terme de la grossesse - suite d'accouchement ou césarienne < 9 mois.

Réglé par : ☐ *Chèque* ☐ *CB* ☐ *Espèces* ☐ *Autre*

- ☐ **195 €uros : saut à élastique en tandem** ☐ 25 € **vidéo** **TOTAL**

Comment avez-vous connu Air Jump: ☐**Internet** ☐**Flyers** ☐**Amis** ☐**Famille** ☐**Facebook** ☐**Autres**_____

☐ **lu et accepte les conditions générales de la société AIR JUMP REUNION**

CONSIGNES DE SECURITE A RESPECTER pour le saut en élastique :
--- Avant le saut :
1/ Vider ses poches et déposer tout objet qui pourrait tomber au sol durant le saut. 2/ Ne pas toucher au matériel de saut. 3/ Ecouter attentivement le moniteur vous donner les consignes de sécurité.
--- Au départ et durant le saut :
1/ Sauter qu'après en avoir reçu l'ordre du moniteur-largueur. 2/ Ne rien toucher et prendre une impulsion sur ses jambes pour partir loin devant soi en plongeant. 3/ En plus pour les sauts en tandem : se tenir l'un à l'autre par la ceinture du baudrier, tenir sa tête droite et prendre une impulsion synchronisée. 4/ Ne rien toucher et ne rien attraper avant la fin des rebonds ou d'en avoir reçu l'ordre par un moniteur.
FOR THE ELASTIC JUMP, I DECLARE THAT I RECOGNIZE THE FOLLOWING SAFETY RULES:
--- Before the jump: 1/ Empty all pockets and to deposit any objects which could fall on the ground during the jump. 2/ Don't touch the jumping material. 3/ Listen carefully to the instructor giving the safety rules.
--- At first and during the jump: 1/ Await the instructor's authorization before jumping. 2/ Don't touch anything and push away with your legs when diving. 3/ Further applies to tandem jumps: each jumper takes hold of the harness belt of the other jumper and both jump at the same time. 4/ Don't touch or don't try to grab anything and take hold of anything till you have stopped bouncing or received instruction from an instructor.

--- Je déclare ne pas présenter de contre indication et qu'à ma connaissance je n'ai pas, ou n'ai pas eu, de maladie, d'accident ou subi d'opération chirurgicale pouvant présenter un risque ou une contre indication à la pratique du saut en élastique (voir ci-après, la liste des contre-indications).
--- Je déclare avoir pris connaissance des contre indications et accepter les conditions générales (voir ci-après).
--- Je déclare avoir pris connaissance des " consignes de sécurité à respecter pour le saut en élastique ", et je m'engage à les observer et à les respecter lors de mon saut en élastique. (voir ci-contre).
--- I hereby declare to the best of my knowledge, that I do not suffer from heart condition, or any other illness which night prove dangerous in connexion with bungee-jumping. (examples of contraindications: pregnancy, epilepsy, cardiac and articular diseases, Menière's vertigo, diabetes, use of drug, alcohol or any other-altering substances,) --- If necessary I will present a medical certificate at the site, proving my aptitude to jump.

Date ...../...../.....

Signature :

AIR JUMP REUNION, *85 route de trou d'eau, 97434, LA SALINE LES BAINS, REUNION Tél : (+262) 6 92 435 436*
Email : contact@airjump974.com Site www.airjump974.com SIREN 893231613

CONDITIONS GENERALES et CONDITIONS D'ADMISSION :

Age : de 14 à 70 ans. Poids : > ou = à 40 kg. Poids maxi pour les Tandem 170kg. Si nos harnais ne sont pas adapté à votre morphologie nous pourrons vous refuser le saut.

Pour les Mineurs : autorisation écrite & copie d'une pièce d'identité du représentant légal ou présence du responsable légal.

A partir de 55 ans : un certificat médical de non contre-indication, daté de moins de 1 mois, est obligatoire. Ne pas présenter de contre-indication au saut en élastique (voir liste ci-dessus). AIR JUMP REUNION se réserve le droit de refuser toute personne ne répondant pas aux conditions d'admission. En cas de doute, un certificat médical de non contre-indication, daté de moins de 1 mois, vous sera demandé

.**ANNULATION-RESILLIATION** Les directives des organisateurs du saut sont à suivre scrupuleusement. En cas de dérogation, les organisateurs se réservent le droit de résilier cette convention sans délais. Si la résiliation est due à une faute du participant, celui-ci perd tout droit de remboursement et des frais du pont. Seuls les organisateurs sont aptes à décider si le saut peut avoir lieu. Si ils décident que les conditions météo ne permettent pas le saut, le participant a le droit d'effectuer son saut ultérieurement. Si le participant n'effectue pas son saut dans les 5 minutes suivant l'autorisation de saut donnée par les organisateurs, il ne pourra être remboursé. **En cas de refus de saut** le sauteur aura 6 mois pour revenir sauter mais ne sera pas remboursé et ni échanger son saut. Le participant s'engage à respecter toutes les directives données par les organisateurs. Les **bons cadeau** offerts ne sont pas remboursables et valable 6 mois. Concernant les **vidéos**, elle est envoyée par email via un site de transfert (Wetransfer), le lien de téléchargement est valable 10 jours et les vidéos sont sauvegardées 2 mois. Au delas de ce délais les vidéos sont effacées. Aucun remboursement après le délais de 2 mois en date du saut. Le format 360° n'est visible que via l'application Youtube ou Facebook ainsi que via les lunettes VR.

RESPONSABILITE Le participant n'engagera aucune poursuite à l'encontre d' AIR JUMP REUNION et renonce à tout droit de recours en cas d'éventuels accidents ou dommages subits, pour autant que l'accident ou le dommage ne soit pas dû à une faute grave ou intentionnelle de la part d'AIR JUMP REUNION. Si l'une de ces clauses s'avérait non valable, celle-ci n'entraînerait pas l'annulation de l'ensemble du contrat. Le cas échéant, une décision relative à une clause non valable sera prise entre les parties contractantes.

-- Je déclare ne pas présenter de contre indication et qu'à ma connaissance je n'ai pas, ou n'ai pas eu, de maladie, d'accident ou subi d'opération chirurgicale pouvant présenter un risque ou une contre indication à la pratique du saut à élastique / pendulaire (voir ci-après, la liste des contre-indications).

-- Je déclare avoir pris connaissance des contre indications et accepter les conditions générales (voir ci-après).
-- Je déclare avoir pris connaissance des "consignes de sécurité à respecter pour le saut à élastique / pendulaire", et je m'engage à les observer et à les respecter lors de mon saut en élastique / pendulaire. (voir ci-contre).

Pour des raisons de sécurité les caméras personnelles sur le sauteur ne sont pas autorisées

ACCOMPAGNANTS :

Prénoms ……:…… Prénoms :…… Prénoms :……..

Prénoms ……:…… Prénoms :…… Prénoms :……..

Prénoms ……:…… Prénoms :…… Prénoms :……..

BOISSONS :

AIR JUMP REUNION, *85 route de trou d'eau, 97434, LA SALINE LES BAINS, REUNION Tél : (+262) 6 92 435 436*
Email : contact@airjump974.com Site www.airjump974.com SIREN 893231613