

**DÉCHARGE POUR ACTIVITÉS DU PROGRAMME
ET DÉCHARGE POUR SOINS MÉDICAUX**

(À être complété lors des sorties d'une nuit ou plus et lors d'activités en dehors du diocèse.
Les présences sont toujours prises pour toutes les sorties et envoyées au Centre diocésain.)

Remarque : Avant une activité, le responsable doit remettre la copie de cette autorisation au diocèse et en apporter une copie lors de la sortie.

PAROISSE _____

Description et lieu de l'activité : _____

SI PLUS D'UNE ACTIVITÉ, VOIR LISTE À LA PAGE 3.

Nom complet du participant : _____

Prénom

Nom

Date de naissance (pas nécessaire pour les adultes) _____

Adresse complète : _____

Nom du parent/gardien/fournisseur de soins : (EN LETTRES MOULÉES)

Encercler et indiquer à quel numéro le parent/gardien peut être joint pendant le voyage.

Téléphone à la résidence/au domicile : _____ cellulaire : _____ travail : _____

Est-ce que le participant présente des allergies sévères ou d'autres conditions médicales que les moniteurs doivent connaître?

- Oui
- non

Si oui, veuillez les indiquer et les expliquer : _____

Toutes les mesures raisonnables seront prises pour assurer la sécurité et la santé du participant. Il ou elle sera surveillé(e) adéquatement pendant les activités. Si toutefois un accident ou une maladie survenait, la paroisse ci-haut mentionnée, le Diocèse d'Edmundston, son personnel et les bénévoles seront dégagés de toute responsabilité.

Si une blessure nécessitait une intervention médicale, j'autorise que le traitement soit donné au participant et je comprends que toutes les tentatives raisonnables seront faites pour me joindre (ou un membre de la famille) le cas échéant.

Si un voyage ou des activités ont lieu à l'extérieur de ma province, je comprends que je suis responsable de tous les coûts des soins médicaux engagés.

Le participant doit être couvert par une assurance maladie provinciale ou une couverture équivalente. Si le voyage a lieu à l'extérieur de la province, veuillez fournir le nom de l'assureur et le numéro de la police :

Numéro d'assurance maladie du participant : _____

Médecin de famille du participant : _____

Numéro de téléphone : _____

Personne (autre qu'un parent) à joindre en cas d'urgence, si les parents/gardiens/fournisseurs de soins n'ont pu être contactés :

Nom : _____ Numéro de téléphone : _____

Nom : _____ Numéro de téléphone : _____

Cette autorisation est valable pour la période du _____ au _____.

Si plus d'une activité, cette autorisation est valable pour la durée des dites activités inscrites à la page 3.

Datée le ____ jour de _____ 20____.

Signature du parent / gardien : _____

Signature du coordonnateur / coordonnatrice de la paroisse : _____

1. Description de l'activité : _____

Lieu : _____

Date : _____

2. Description de l'activité : _____

Lieu : _____

Date : _____

3. Description de l'activité : _____

Lieu : _____

Date : _____

4. Description de l'activité : _____

Lieu : _____

Date : _____

5. Description de l'activité : _____

Lieu : _____

Date : _____

6. Description de l'activité : _____

Lieu : _____

Date : _____

Note : À chaque activité consentie par le parent/gardien/fournisseur de soins, celui-ci doit mettre ses initiales.