



CAMP SOLEIL 2024
AUTORISATION PARENTALE /
DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉS
(À remplir pour chaque enfant inscrit au Camp Soleil)

NOM DE L'ENFANT :		
NOM DU PARENT/TUTEUR :		
N° DE TÉLÉPHONE (primaire) :	TYPE DE NO :	
N° DE TÉLÉPHONE (secondaire) :	TYPE DE NO :	
N° DE TÉLÉPHONE (autre) :	TYPE DE NO :	
COURRIEL :		
N° DE TÉLÉPHONE (urgence) :	NOM :	RELATION :

1. DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉS

Je comprends la nature du programme auquel j'inscris mon enfant et je comprends que des accidents et des dommages peuvent se produire en raison de sa participation auxdites activités. Connaissant ce risque, et considérant que mon enfant est autorisé à participer, j'accepte par la présente d'assumer tous les risques liés à une telle participation et décharge l'Association canadienne-française de l'Ontario-Régionale Renfrew « ACFO-Champlain », ses dirigeants, ses employés et ses agents des responsabilités suivantes: j'écarte par la présente toutes possibilités de réclamations contre l'ACFO-Champlain, ses dirigeants, ses employés et ses agents et les libère ainsi de toutes responsabilités pour blessures, mortalité ou dégâts matériels que peut subir mon enfant en raison de sa participation. J'accepte également par la présente de garantir l'innocence à l'ACFO-Champlain et des personnes mentionnées ci-dessus y compris les mandataires contre toutes réclamations, dommages, pertes, frais honoraires et dépenses qu'ils peuvent encourir par la participation de mon enfant au Camp Soleil.

Initiales _____

2. TROUBLES COMPORTEMENTAUX

Au cours des semaines de camp, la direction de l'ACFO-Champlain se réserve le droit de retourner un enfant pour cause majeure et justifiée à la suite d'un comportement jugé problématique pour les animateurs et les autres enfants et cela, *sans remboursement*.

Initiales _____

3. AUTORISATION POUR LE TRAITEMENT D'UN MINEUR

Je soussigné, parent ou gardien légal du participant mineur suivant (nom de l'enfant), _____, autorise et consent par la présente à ce que l'enfant puisse recevoir, sur le conseil d'un médecin, des traitements médicaux tels que des radiographies, un diagnostic ou un traitement médical ou encore des soins offerts à l'hôpital sous une surveillance générale ou spéciale. Je comprends que cette autorisation est donnée à l'avance pour n'importe quel diagnostic, traitement ou soin hospitalier spécifique étant exigés. Cette autorisation est donnée afin de permettre aux responsables du camp d'avoir l'autorité et la permission d'offrir les soins que le médecin peut recommander dans l'exercice de son meilleur jugement. Je comprends que des efforts raisonnables seront faits afin d'entrer en contact avec le soussigné avant d'offrir le traitement au mineur, mais que les traitements cités ci-dessus ne seront pas retenus si le soussigné ne peut être rejoint. Cette autorisation et ce consentement demeureront en vigueur jusqu'à la dernière journée de camp.

Initiales _____

4. AUTORISATION DE PRISE DE PHOTOS

Au cours de l'été, les animateurs prendront des photos de votre enfant. Autorisez-vous la publication ou l'utilisation de la photo de votre enfant à des fins de publicité du camp? En aucun moment, nous ne mentionnerons le nom de votre enfant.

OUI NON

Initiales _____

5. SANTÉ

Nom de l'enfant: _____

Numéro de la carte santé: _____

Votre enfant souffre-t-il d'une allergie? OUI NON

Si oui, s'il vous plaît précisez : _____

Votre enfant doit-il prendre des médicaments de façon régulière? OUI NON

Si oui, s'il vous plaît précisez : _____

Je soussigné, autorise les responsables et les animateurs du Camp Sleil à administrer le médicament prescrit à mon enfant tout en respectant les directives ci-dessous. Le médicament doit être prescrit par un médecin et être dans un contenant fourni par le pharmacien.

IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT À ADMINISTRER: _____

DOSAGE À ADMINISTRER: _____

HEURE(S): AM _____ PM _____ AU BESOIN _____

DURÉE PRESCRITE (DURÉE D'AUTORISATION): _____

SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR: _____ DATE: _____

*** Si votre enfant souffre d'une allergie, veuillez nous fournir une photo afin qu'on puisse l'utiliser pour informer tous les intervenants du camp, par mesure de précaution.*

6. AUTORISATION POUR LA CRÈME SOLAIRE (POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 7 ANS)

Autorisez-vous le personnel du Camp Soleil à appliquer de la crème solaire à votre enfant au besoin?

OUI NON Initiales _____

7. AUTORISATION POUR LES INSECTICIDES (POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 7 ANS)

Autorisez-vous le personnel du Camp Soleil à appliquer un insecticide à votre enfant au besoin?

OUI NON Initiales _____

8. PRÉCAUTION ET PRÉVENTION ENVERS LA COVID-19

Je soussigné, assure de vérifier si mon enfant a des signes de la COVID-19. Les symptômes doivent être vérifiés chaque matin avant de laisser l'enfant au camp. Si l'enfant démontre un ou plusieurs symptôme(s), il ne sera pas admis au Camp Soleil jusqu'à ce que le/les symptôme(s) disparaisse/disparaissent. De plus, chaque matin, un membre de l'ACFO-Champlain/du Camp Soleil vérifiera si votre enfant a un ou plusieurs symptôme(s) de la COVID-19. L'ACFO-Champlain/Le Camp Soleil se garde le droit de ne pas laisser l'enfant entrer à l'intérieur du camp si l'enfant démontre un ou plusieurs symptôme(s) et de le renvoyer immédiatement avec le parent/tuteur.

Initiales _____

Je soussigné, atteste avoir pris connaissance du document Règlements du Camp Soleil 2024 et être d'accord avec celui-ci.

SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR: _____ DATE: _____