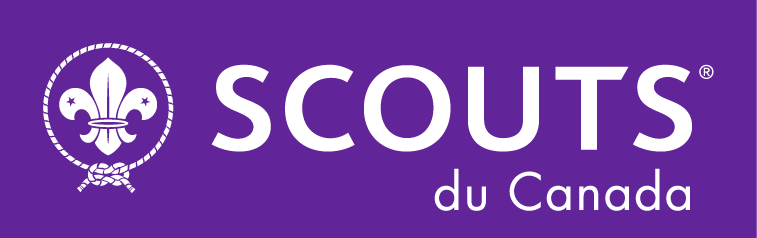
# Formulaire de consentement

## Consentement pour participer à l’activité



**DISTRICT DES TROIS-RIVES**

**BRANCHE ADOS**

www.scoutsducanada.ca

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’endroit où se tiendra l’activité / camp : | Camp Awacamenj Mino, terrain Cyrville |
| Adresse : | 143 Chemin Mcnicoll, Wakefield, QC J0X 3G0 |
| Numéro de téléphone : | (819) 456-2515 |

|  |  |
| --- | --- |
| Groupe et unité : | 62e troupe éclaireur Phare Est |
| Prénom et nom du participant : |  |
| Description de l’activité : | Camp de printemps |

|  |
| --- |
| AUTORISATION DE PARTICIPATION À UNE ACTIVITÉ OU UN CAMP |

L’activité (camp) telle que décrite comporte certains éléments de risque (p. ex. : l’endroit, le moyen de transport, le climat, etc.). La participation à l’activité peut être la cause d’accidents, et ces accidents peuvent causer des blessures. Le District des Trois-Rives a autorisé cette activité pour ses liens avec la pédagogie scoute. Toutes les mesures ont été prises pour minimiser les risques de blessures. De plus, des mesures ont été mises en place pour réagir rapidement et adéquatement aux accidents.

J’autorise les bénévoles et/ou employés responsables du camp à utiliser toutes les ressources nécessaires pour assurer la santé, la sécurité, l’intégrité physique et morale de mon enfant. En cas de blessure ou maladie et après avoir consulté les ressources médicales lorsque nécessaire, j’autorise les bénévoles et/ou employés responsables du camp à administrer des médicaments à mon enfant.

PAR LA PRÉSENTE, JE RECONNAIS ET J’ACCEPTE LES RISQUES INHÉRENTS À CETTE ACTIVITÉ, ET J’ASSUME LA RESPONSABILITÉ DE MA PROPRE ASSURANCE. JE RECONNAIS ÉGALEMENT QUE LE DISTRICT DES TROIS-RIVES SE RÉSERVE LE DROIT D’ANNULER UNE INSCRIPTION POUR DES RAISONS DE SÉCURITÉ.

JE, DONNE MON ACCORD À CE QUE MON ENFANT (OU

(prénom et nom du parent, tuteur)

PERSONNE À CHARGE) PARTICIPE À L’ACTIVITÉ. (prénom et nom de l’enfant ou personne à charge)

JE CONFIRME QU’Il N’A PAS DE CHANGEMENTS À APPORTER À LA FICHE MÉDICALE DE MON JEUNE.  
 *S’il y a des changements à apporter à la fiche médicale de votre jeune s’il vous plaît remplir une nouvelle fiche médicale*

SIGNATURE : DATE :

**SI L’ÉCLAIREUR PREND DES MÉDICAMENTS VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE « PROCÉDURES OFFICIEL POUR LES MÉDICAMENTS » ET LE REMETTRE AUX ANIMATEURS****.**