

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

Paroisse : _____
Nom de la paroisse

Communauté chrétienne : _____ de _____
Nom de la communauté chrétienne Nom de la ville ou le village

Description et lieu de l'activité : _____

Date de départ : _____ Date de retour : _____

Nom complet de participant : _____

Date de naissance (seulement si moins de 19 ans) : _____

Adresse complète : _____

Nom du parent/tuteur/gardien/fournisseur de soins : _____

Veillez fournir les numéros de téléphone du parent/tuteur/gardien/fournisseur de soins ET cochez le numéro de contact primaire ou il peut être joint pendant le voyage.

Téléphone au domicile/résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone au 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 et la communauté chrétienne ci-haut mentionnée, le Diocèse de Bathurst, le personnel et les bénévoles seront déchargés 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 d'assurance.

Nom de l'assureur : _____

Numéro de police d'assurance : _____

Numéro d'assurance maladie du participant : _____

Nom du médecin de famille du participant : _____

Numéro de téléphone du médecin : _____

Personne (autre que le parent/tuteur/gardien/fournisseur de soins) à joindre en cas d'urgence :

Nom : _____

Numéro(s) de téléphone : _____

Nom : _____

Numéro(s) de téléphone : _____

Signature du parent/tuteur/gardien/fournisseur de soins : _____

Nom du parent/tuteur/gardien/fournisseur de soins
(EN LETTRE MOULÉES) : _____

Date : _____