

**RENONCIATION ET DÉCHARGE MÉDICAL**

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 : \_\_\_\_\_

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 ci-haut mentionnée, le Diocèse de Bathurst, le 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 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 : \_\_\_\_\_