AUTORISATION PARENTALE

POUR LES ACTIVITÉS EN RÉSIDENTIEL

Concerne : tous les membres qui ont moins de 18 ans, même les animateurs ou les invités

Coordonnées de l'animateur responsable du groupe :

Prénom, nom : Félix Roels

Adresse complète : Rue Paul Dufour 40, 7030 Saint-Symphorien

.....

A compléter par le parent/tuteur :

Je soussigné(e) (prénom, nom) : .....

◯ père ◯ mère ◯ tuteur ◯ répondant

autorise (prénom, nom) .....

à participer aux activités des ◉ Baladins ◯ Louveteaux ◯ Eclaireurs ◯ Pionniers

de l'unité HD007 WAINGUNGA (code de l'unité et nom complet) qui se dérouleront

du 02 / 07 / 22 au 07 / 07 / 22 à 4920 Awyaille

Durant les activités scoutes :

- Je le/la place sous l'autorité et la responsabilité de ses animateurs.
- Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments repris de manière exhaustive dans la fiche santé.
- Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant par le responsable de centre de vacances ou par le service médical qui y est associé. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale à défaut de pouvoir être contacté personnellement.
- Les animateurs m'ont informé du programme d'animation.
- Les animateurs m'ont informé des mesures sanitaires liées au covid-19 en vigueur au sein de la fédération Les Scouts Baden-Powell de Belgique.
- Je m'engage à respecter les conditions de participation aux activités. Celles-ci sont décrites sur lesscouts.be/coronavirus.
- Je déclare décharger de toute responsabilité la Fédération des Scouts Baden-Powell, ses animateurs & scouts en cas de contamination ou de symptômes de mon enfant ainsi que de tout incident de quelque nature que ce soit liés à la pandémie de covid-19.
- Je m'engage à communiquer le résultat d'un éventuel test covid-19 réalisé sur l'enfant/jeune malade à un membre de l'équipe d'unité (éventuellement celui en charge des aspects médicaux de l'unité, s'il y en a un).
- Je m'engage à être joignable par téléphone, à avoir la possibilité de venir rechercher le participant immédiatement 24h/24 pendant toute la durée des activités scoutes, et, le cas échéant, à faire consulter le participant dès que possible (et endéans les 24h du retour au plus tard) par son médecin traitant ou un autre médecin si ce dernier n'est pas disponible.
- Je l'autorise à quitter le territoire belge sans être accompagné de ses parents/tuteurs/ répondants.(1)

Fait à ..... le .....

Signature représentant légal 1 (2) Signature représentant légal 2

(1) Cette dernière phrase est à biffer pour les camps en Belgique
(2) Pour les camps à l'étranger, il est nécessaire de faire légaliser la signature par l'administration communale

Les Scouts - Fédération des Scouts Baden-Powell de Belgique ASBL
Rue de Dublin 21 - 1050 Bruxelles - tél.+32(0)2.508.12.00 - fax +32(0)2.508.12.01
lesscouts@lesscouts.be - www.lesscouts.be