AUTORISATION PARENTALE

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 : Pierre Verstraeten

Adresse complète : Avenue Emile Vandervelde 60, 1200 Bruxelles

.....

À compléter par le parent/tuteur :

Je soussigné(e) (prénom, nom) : .....

○ père ○ mère ○ tuteur ○ répondant

autorise (prénom, nom) .....

à participer aux activités des ○ Baladins ○ Louveteaux ☑ Éclaireurs ○ Pionniers

de l'unité WL051 - Unité 51ème Saint Paul qui se dérouleront

du ..... / 07 / 2020 (13 pour les 4èmes, 15 pour les autres) au 29 / 07 / 2020 à Bertrix

Pour cette période :

- 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 en ce compris les modalités d'organisation des activités et déplacements en autonomie (activités et déplacements de patrouille par exemple).
- Je m'engage à ne pas faire participer mon enfant aux activités s'il est ou a été malade (symptômes au cours des 5 derniers jours)
- 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 prévenir l'unité en cas de symptômes liés au covid-19 survenant dans les 15 jours qui suivent le camp.
- Je m'engage à communiquer le résultat d'un éventuel test covid-19 réalisé sur l'enfant/jeune malade à la personne responsable du suivi des aspects médicaux de la bulle-camp.
- Je m'engage à être joignable par téléphone, à avoir la possibilité de venir rechercher le participant immédiatement 24h/24 pendant toute la durée du camp, 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.

Fait à ..... le .....

Signature

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