

## **Autorisation de camp**

District :

Groupe ou unité :

Date et heure du départ :

Lieu du départ :

Endroit du camp :

Date et heure de retour :

Lieu du retour :

Par la présente, j'autorise mon enfant à participer à ce camp, pendant lequel il effectuera diverses activités dont notamment :

Activité 1 :

Activité 2 :

Activité 3 :

Activité 4 :

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.

### **Mise à jour de la médication / allergie**

Médicament(s) prescrit(s)

Posologie

Allergie(s) alimentaire(s)

Allergie(s) médicamenteuse(s)

Nom du parent :

Signature :

Date :