# 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 : ………………………………………………

Adresse complète : Rue…………………………………. – N°..........

Code Postal : …………. Ville : …………………………………………..

**À compléter par le parent/tuteur :**

Je soussigné(e) (prénom, nom) : …………………………………………………...

Rôle : Choisir dans la liste déroulante

autorise (prénom, nom) ……………………………………………………………………………………………..

à participer aux activités en résidentiel des Choisir dans la liste déroulante

de l’unité 34 BW – unité des Quatre Vents qui se dérouleront du ……../……./20…….. au ……./……./20……..

**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, le cas échéant et 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.
* Je m'engage à respecter les éventuelles conditions de participation aux activités. Si nécessaire, celles-ci seront décrites sur le site lesscouts.be.
* Je l’autorise à quitter le territoire belge sans être accompagné de ses parents/tuteurs/répondants. (1)
* Je déclare décharger de toute responsabilité la Fédération des Scouts Baden-Powell, ses animateurs et les 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).

Fait à ……………………………………………………... le ………………………………..

Signature représentant légal 1 (2) Signature représentant légal 2

 

\*Les activités en résidentiel (camps, weekends...) feront l'objet d'une autorisation parentale spécifique.

(1) Cette dernière phrase est à biffer pour les activités en Belgique.

(2) Pour les activités à l’étranger, il est nécessaire de faire légaliser la signature par l’administration communale.