

Décharge de responsabilité

(envoyer la version numérisée à Noémie Badeaux à missions@paradoxqc.ca ou la version papier au 773 avenue de la Station, Shawinigan, QC, G9N 1W3)

Je, soussigné _____, désire participer au voyage missionnaire à court terme en France (désigné dans ce document comme l'« Activité ») avec le District du Québec qui pourvoie l'organisation de ce voyage.

Le District du Québec et le soussigné comprennent que l'activité comporte certains risques : maladie, accident, pertes de bagages ainsi que des risques semblables ou connexes à tout voyage.

J'atteste avoir lu et pris connaissance des recommandations du ministère des affaires étrangères du Gouvernement du Canada concernant le déplacement de citoyens canadiens en France (<http://voyage.gc.ca/destinations/france>).

J'atteste être pleinement conscient des risques inhérents à l'Activité en question et assume volontairement tous les risques de dommage ou atteinte personnelle qui pourraient survenir lors de l'Activité, dégageant ainsi le District du Québec de toute forme de responsabilité à ces égards.

Je, soussigné, comprend que je suis le seul responsable pour tous frais médicaux qui pourraient découler de ma participation à l'Activité. J'atteste avoir pris une assurance voyage privée à cet effet.

Je, soussigné, affirme avoir pris connaissance de cette Décharge de Responsabilité et l'avoir signée librement.

Participant (18 ans et plus)

Parent ou tuteur

Nom en majuscules

Nom en majuscules

Signature

Signature

Date

Date

Témoin

Nom en majuscules

Signature

Date

Décharge médicale

En signant ce présent formulaire, j'autorise mon enfant à participer au voyage en France et j'autorise les responsables du District du Québec, s'ils le jugent nécessaire, de permettre le transport de mon enfant par ambulance ou autrement, vers un centre hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de me joindre, j'autorise le médecin choisi par les responsables du District du Québec à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris des injections, la pratique d'une intervention chirurgicale, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Participant (18 ans et plus)

Parent ou tuteur

Nom en majuscules

Nom en majuscules

Signature

Signature

Date

Date