|  |
| --- |
| **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 : **CECILE VIRGO**Adresse complète : **Rue Jules Mélotte 32, 4350 Remicourt**

A compléter par le parent/tuteur :

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

O père O mère O tuteur O répondant

autorise (prénom, nom) ........................................................................................................................ à participer aux activités en non-résidentiel\* des O Baladins O Louveteaux O Eclaireurs  
de l’unité **HB008 Scouts de Remicourt** qui se dérouleront durant l'année scoute 2020-2021.

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.
* 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 dans notre e-CSD "Keep Calm-éléon" disponible sur le site internet lesscouts.be.
* 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.

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

Signature représentant légal 1 Signature représentant légal 2

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