



**Entente Contractuelle Principale "Expérience UNIK"**  
**SERVICE DE RÉPIT, ZOOThÉRAPIE ET CAMP DE JOUR**  
**Un bond vers la différence!**

\*\*\*\*\*

**Marie-Josée Chénier**

**Propriétaire/Éducatrice Spécialisée certifiée en zoothérapie**

**2838, Ch. Nolan, Hammond, Ontario**

**Courriel: [experienceunik14@gmail.com](mailto:experienceunik14@gmail.com) Tel. 613-266-5244 Site Web: [experienceunik.ca](http://experienceunik.ca)**

\*\*\*\*\*

***Nous sommes heureux de vous accueillir!***

***Vous vivrez des "Expérience UNIK" haute en couleur! Faites-nous confiance!***

\*\*\*\*\*

**Formulaire d'autorisation**

**Le participant(e) s'engage et accepte:**

**1) Décharge de responsabilité** : Ce formulaire est obligatoire et doit être signé par le tuteur ou la personne participant au service de Répit, Camp de jour ou Zoothérapie.

**2) Risque inhérent** : Ce programme peut comporter certains éléments de risque et il peut en résulter des accidents qui peuvent causer des blessures. Voici quelques exemples du type d'accident auquel il/elle peut s'exposer : **Toutes blessures rattachées aux activités de la journée.**

Par conséquent, le participant est encouragé à suivre attentivement les directives et à faire preuve de prudence en tout temps, ce qui peut réduire les risques d'accident.

Je \_\_\_\_\_ reconnais qu'en (m')inscrivant \_\_\_\_\_  
 (nom du participant)

au service : «**Expérience UNIK**», qu'il existe certains risques.

**3) Signaler votre absence** : Reconnaître l'importance d'avertir par téléphone la propriétaire du service, au 613-266-5244, de signaler votre absence **48 heures à l'avance, sinon des frais seront appliqués (50\$)**. Ce règlement est mis en place afin de permettre qu'un autre participant puisse bénéficier d'une place disponible. De plus, des frais de 5\$ aux 30 minutes seront ajoutés pour des retards. Je consens à respecter les politiques et procédures du service «**Expérience UNIK**».

**4) Payer les frais à: Expérience UNIK, préférablement par VIREMENT inter-compte ou inter-constitution: # de transit: 123, # d'institution: 829 et # de compte: 351 663 0,**  
 Paiement par chèque ou comptant est également accepté. **Le tout doit être payé dans un délai max. de 7 jours.**

**5) Donner permission à Expérience UNIK:** d'afficher mes photos sur la page FB.

Encercler.....**oui ou non**

**6) Nous pouvons administrer les médicaments selon vos demandes, cependant nous aurons besoin de votre autorisation ou celle du parent/tuteur.**

Je/il/elle prendra des médicaments lors du(des) Camp(s) Unik.....**oui ou non**

**\*\*Registre de Soins de Santé (voir Annexe-1).....oui ou non**

**7) Nous avons des règlements très stricts sur les allergies alimentaires.**

**\*\*J'ai un ou des allergies.....oui ou non**

Spécifiez s'il y a lieu: \_\_\_\_\_.

**\*\*Plan d'urgence individuel anaphylactique (voir Annexe-2).....oui ou non**

\*\*\*\*\*

Je \_\_\_\_\_ reconnais avoir lu ce formulaire.  
(nom du participant ou parent/tuteur)

Je \_\_\_\_\_ donne la permission à \_\_\_\_\_  
(nom du parent/tuteur/responsable) (nom du participant)

de participer aux services «d'Expérience UNIK».

\_\_\_\_\_  
(Signature du participant, si plus de 18 ans)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Signature : parent/tuteur/tutrice)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Signature: Propriétaire d'Expérience UNIK)

\_\_\_\_\_  
(Date)

Vous pouvez visiter notre site FaceBook: <https://www.facebook.com/ExperienceUnik/>



## Contact Unik - Fiche personnelle

\*\*\*\*\*

*un bond vers la différence!*

### Renseignements personnels:

### Renseignements médicaux:

\*Nom du participant: \_\_\_\_\_

\*Numéro de carte santé: \_\_\_\_\_

\*Date de naissance: \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ \ \_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Médecin: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

### Renseignements des contacts:

\*Nom(s) du(des) parent(s) ou tuteur: \_\_\_\_\_

Numéro tél. domicile: \_\_\_\_\_

\*Numéro(s) tél. cellulaire(s): \_\_\_\_\_

Numéro tél. au travail: \_\_\_\_\_

\*Adresse courriel: \_\_\_\_\_

### Renseignements du contact en cas d'urgence:

### Intérêts du participant:

(ex: Musique, trampoline, etc.)

\*Nom du contact d'urgence: \_\_\_\_\_

\*Relation avec l'individu: \_\_\_\_\_

\*Numéro tél. cellulaire: \_\_\_\_\_

Numéro tél. au travail: \_\_\_\_\_

Numéro tél. à domicile: \_\_\_\_\_

### Diagnostiques, besoins et/ou défis du participant:

### Vos stratégies et approches qui assurent la stabilité et sa sécurité:

(Vous pouvez attacher vos documents importants à cette fiche)

Est-ce que le participant(e) sait nager? Oui ou Non (encercler)