



SERVICE DE RÉPIT, CAMP DE JOUR
& ZOOTHÉRAPIE

Entente Contractuelle Principale
“Expérience Unik”
SERVICE DE RÉPIT, ZOOTHÉRAPIE ET CAMP DE JOUR
Un bon vers la différence!

Marie-Josée Chénier
Propriétaire/Éducatrice Spécialisée certifiée en zoothérapie
2838, Ch. Nolan, Hammond, Ontario

Courriel: experienceunik14@gmail.com Tél. (613) 266-5244 Site Web: <https://experienceunik.ca>

 <https://www.facebook.com/ExperienceUnik/>

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 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 l’absence du participant** : Reconnaître l’importance d’avertir par téléphone la propriétaire du service, au (613) 255-5244, 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 ajoutées 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 : 35166 0. Paiement par chèque ou comptant est également accepté. **Le tout doit être payé dans un délai max. de 7 jours.**

- **Conditions : intérêt 2% par mois (max. 24% année).**

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

Oui 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 prendrai des médicaments lors du(des) Camp(s) Unik

Oui Non

*Registre de Soins de Santé (voir Annexe-1) si applicable.

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

**J'ai un ou des allergies Oui Non

Spécifiez s'il y a lieu : _____

***Plan d'urgence individuel anaphylactique (voir Annexe-2) si applicable**

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)

