



## FORMULAIRE D'AUTORISATION GÉNÉRALE POUR LE CAMP GOT2GO

Nom du Campeur: \_\_\_\_\_

**Remarque: Veuillez lire attentivement l'information suivante. Vous devez comprendre chaque élément sur cette page avant de signer.**

J'atteste que je suis le parent ou le tuteur légal du demandeur susmentionné.

J'atteste que j'ai fourni des renseignements exacts dans toutes les sections de la demande.

Je comprends que le demandeur participera à plusieurs activités physiques au Camp Got2Go et à son site hôte ci-après nommé le « camp ».

J'autorise le personnel médical du Camp à communiquer avec les prestataires de soins du demandeur indiqués sur les formulaires du demandeur afin d'obtenir des renseignements médicaux supplémentaires au besoin.

J'autorise Crohn et Colite Canada à entrer l'information dans sa base de données des patients afin de traiter la demande. Nous pourrions vous demander de temps à autre d'indiquer si vous souhaitez recevoir des courriels et d'autres renseignements qui correspondent à vos demandes. Vous pourrez en tout temps cesser de recevoir ces communications par courriel en nous en avisant par courriel, par téléphone ou par la poste.

En outre, si le demandeur est sélectionné pour participer au Camp, il pourrait être appelé à partager ses histoires avec les médias (presse écrite, radio ou télévision). Nous communiquerons avec vous, le parent ou le tuteur légal, pour obtenir votre autorisation de partager l'histoire du demandeur.

En signant ci-dessous, je confirme que j'ai lu, je comprends et j'accepte les conditions de la demande et que l'information que j'ai fournie est exacte et vraie, et je consens à respecter les conditions contenues dans le formulaire de demande. Je certifie que je ne suis pas un employé de Crohn et Colite Canada ou de Pfizer Inc., ni un membre de la famille immédiate d'un employé de Crohn et Colite Canada ou de Pfizer Inc.

Nom du parent ou tuteur: \_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_