



## FORMULAIRE D'AUTORISATION MÉDICALE POUR LE CAMP GOT2GO

**Cette section doit être remplie par le parent ou le tuteur légal**

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

Nom du prestataire de soins médicaux: \_\_\_\_\_

N° de téléphone du prestataire de soins: \_\_\_\_\_

Courriel du prestataire de soins (le cas échéant): \_\_\_\_\_

**Cette section doit être remplie par le prestataire de soins**

Date de la plus récente évaluation clinique: \_\_\_\_\_

Date du diagnostic de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse: \_\_\_\_\_

Je comprends que la personne susmentionnée souhaite participer à un camp d'été d'une semaine pour les jeunes atteints de la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse. Une équipe médicale sera sur place et sur appel 24 heures sur 24 pour offrir des soins de base pendant la durée du Camp.

Je comprends que ce programme offrira à la personne susmentionnée l'occasion de participer à des activités **supervisées** qui pourraient comprendre notamment la natation, le tir à l'arc, le canotage et le kayak.

Selon mon opinion médicale, je crois que ce demandeur

**PEUT PARTICIPER** au Camp Got2Go

**NE PEUT PAS PARTICIPER** au Camp Got2Go

Commentaires/Limitations/Restrictions :

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_