



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: _____