



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](mailto: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 **24 heures à l’avance, sinon des frais seront appliqués (100\$)**. 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 30 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)