

DECLARATION

En ma qualité de représentant légal, je confirme l'inscription de :

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :**

aux week-ends/camps de l'Association Cerebral Vaud pour le 2ème semestre 2021, sous les mesures sanitaires en vigueur dans le courant du semestre. Les conditions peuvent être adaptées en fonction des directives du Conseil d'Etat vaudois ou du Conseil fédéral selon l'évolution de la pandémie.

- J'ai pris connaissance de l'adaptation des mesures de protection Covid-19 à l'interne, en vigueur dès le 28 juin 2021 au sein des week-ends du Centre d'accueil et/ou des camps (document annexé).*
- Je m'engage à respecter les mesures de protection demandées aux participants.*
- J'accepte qu'en cas de symptômes Covid-19, mon enfant/mon pupille devra rejoindre son domicile et se soumettre à un test Covid PCR.
L'intégralité du week-end/camp est due, afin de permettre à l'Association de payer tous les frais engagés (hormis participation contribution d'assistance/nuitée le cas échéant).*

Situation du participant :

- *Vacciné complètement depuis plus de 14 jours (2 doses ou 1 dose si post-covid guéri)
- *Guéri du covid durant 6 mois suite à un test positif
- Hormis ces cas, un auto-test devra être pratiqué au maximum 24heures avant le début d'activité

**Copie de certificat de vaccination ou de test positif à fournir avant le début des camps/week-ends/journées.*

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL	
<p>Lieu :</p> <p>Date :</p>	<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p><input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Curateur</p> <p>Signature :</p>