

## 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 1<sup>er</sup> semestre 2021, selon les mesures sanitaires en vigueur dans le courant du semestre. Les conditions peuvent être adaptées selon les directives du Conseil d'Etat vaudois ou du Conseil fédéral en fonction de 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 1<sup>er</sup> janvier 2021 au sein 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. L'intégralité du week-end/camp est due, afin de permettre à l'Association de payer tous les frais engagés.*

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