



## **OBJET : Voyage de ski et snowboard « Vermont 2019»**

**DATE DE L'ACTIVITÉ: du mardi 12 février au mercredi 13 février 2019**

Chers parents,

La présente est pour vous informer qu'un voyage de ski et snowboard aura lieu du **12 au 13 février 2019** (le mardi est une journée d'école, les élèves de multisports manquaient déjà cette journée pour la classique hivernale et le mercredi est la journée d'activités d'hiver de l'école). Ce voyage consiste en deux journées de ski-snowboard dans 2 montagnes différentes au Vermont (É.-U.) : **Jay Peak et Sugarbush**. Nous vous demandons de bien vouloir autoriser la présence de votre enfant à cette sortie.

Le prix de ce voyage est d'environ 325\$ (il peut y avoir des fluctuations selon le nombre d'inscriptions). Cela inclut le transport en autocar de luxe, les billets de ski pour 2 jours, un billet pour les glissades d'eau à Jay Peak (Pump House), 1 nuit à l'hôtel en occupation quadruple, 1 déjeuner et 1 souper. À cela s'ajoutent les dépenses personnelles, les frais des repas non inclus, soit deux dîners et un souper (au retour).

**\*Si vous ne possédez pas d'assurances personnelles en cas d'accident, vous avez la responsabilité de prévoir une assurance pour votre enfant. Une assurance Croix Bleue peut être ajoutée au forfait pour la somme de 15\$.**

**Pour participer à ce voyage, votre enfant doit avoir en sa possession son propre équipement ainsi que sa carte d'assurance maladie et un passeport valide ou un certificat de naissance.**

**Une rencontre de coordination est prévue dans les semaines précédant le voyage afin d'aider votre enfant à se préparer convenablement pour cette activité.**

Pour s'inscrire, votre enfant doit remettre les documents d'inscriptions et un dépôt non remboursable de 200\$ (au nom de l'école) au plus tard le 4 décembre à Anne-Marie Bureau (D-121). Le reste du paiement devra être fait pour le 15 janvier.

En terminant, nous tenons à vous préciser que les règles de bonne conduite de l'école continueront de s'appliquer au cours du voyage et qu'un manquement grave pourra entraîner le retour de votre enfant à vos frais. Également, nous nous réservons le droit de refuser un élève qui ne répond pas aux critères de sélection approuvés par le conseil d'établissement dans la politique concernant les activités complémentaires et les voyages éducatifs de l'école.

Pour de plus amples informations concernant l'activité, nous vous invitons à contacter Anne-Marie Bureau au 418-652-2170 poste 6023 ou Bernard Côté à l'adresse suivante : [bernard.cote@protic.net](mailto:bernard.cote@protic.net) .

## Autorisation de soins médicaux

Si une situation d'urgence nécessite que mon enfant \_\_\_\_\_  
(nom de l'enfant en lettres carrées)  
doive recevoir des soins médicaux ou des médicaments prescrits par un médecin, j'autorise  
\_\_\_\_\_, à titre de responsable ou  
(nom du responsable et des accompagnateurs)  
d'accompagnateurs, à autoriser et à signer tous les documents nécessaires pour que les soins soient  
prodigués à mon enfant et qu'il agisse et tienne lieu de parent.

\_\_\_\_\_  
(Nom du **père** ou du tuteur légal en lettres carrées)

\_\_\_\_\_  
(Nom de la **mère** ou du tuteur légal en lettres carrées)

\_\_\_\_\_  
(Signature du **père** ou du tuteur légal)

\_\_\_\_\_  
(Signature de la **mère** ou du tuteur légal)

\_\_\_\_\_  
(Date)

## Medical Care Authorization

In the event of any illness, accident, or incapacity incurred by my child,

\_\_\_\_\_, I authorize  
(Name of the child in capital letters)

\_\_\_\_\_  
(leader's name and assistant)

as chaperones in charge of my child, to act as parents and to consider the best interests of my child in securing medical treatment, hospitalization, medication and/or return transportation. I authorize the above-mentioned chaperones to sign all legal documents required if my child needs medical care and/or prescription medication.

\_\_\_\_\_  
(Name of the **father** or legal guardian in capital letters)

\_\_\_\_\_  
(Name of the **mother** or legal guardian in capital letters)

\_\_\_\_\_  
(Signature of the **father** or legal guardian)

\_\_\_\_\_  
(Signature of the **mother** or legal guardian)

\_\_\_\_\_  
(Date)

**Inscription au voyage**

\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Ville Niveau Date

**CONTRAT D'ENGAGEMENT**

À la direction du Collège des Compagnons,

Nous, \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_,  
(nom du **père** ou du tuteur légal en lettres carrées) (nom de la **mère** ou du tuteur légal en lettres carrées)

autorisons notre enfant \_\_\_\_\_  
(nom de l'enfant en lettres carrées)

à participer au voyage à \_\_\_\_\_ qui aura lieu du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_.

Je m'engage à prendre les dispositions nécessaires pour que mon enfant respecte intégralement les règlements du Collège. Je m'assurerai qu'elle ou qu'il n'aura en sa possession aucune substance illégale ou boisson alcoolisée.

Si mon enfant devait être intercepté par les autorités policières, frontalières, ou s'il devait interrompre son voyage en raison d'un comportement inacceptable, je m'engage à aller la ou le chercher au lieu fixé par les accompagnateurs ou à prendre les dispositions nécessaires pour qu'elle ou il revienne, à mes frais, à la maison selon le moyen de transport disponible et ce, sans accompagnateur.

Avant le départ, je m'assurerai d'avoir en main tous les documents requis pour les douanes (passeport à l'étranger et aux États-Unis, le certificat de naissance et deux cartes d'identité avec photo).

Enfin, je m'engage à verser la totalité du coût du voyage avant la date limite fixée par les enseignants. Cet engagement devra être complété et remis à l'enseignant responsable de la sortie **en même temps que le premier dépôt non remboursable de 200 \$, soit avant le 4 décembre**. La liste des élèves formellement inscrits sera ensuite remise à la direction adjointe. Si l'une ou l'autre des pièces (dépôt, assurance maladie, assurance annulation) n'est pas remise, mon enfant n'est pas considéré comme inscrit mais en liste d'attente.

Après que les organisateurs aient confirmé la participation de mon enfant au voyage, je suis conscient qu'il n'y aura aucun remboursement des paiements effectués et que je devrai joindre à ce contrat la preuve d'assurance médicale et d'annulation de voyage de mon enfant.

En foi de quoi, nous avons signé cet engagement à \_\_\_\_\_  
(ville)

\_\_\_\_\_  
(signature du **père** ou du tuteur légal)

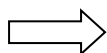
\_\_\_\_\_  
(date)

\_\_\_\_\_  
(signature de la **mère** ou du tuteur légal)

\_\_\_\_\_  
(signature de l'élève)

***Note importante***

Les organisateurs du voyage sont également autorisés à vérifier le contenu des bagages et des chambres d'hôtels afin de s'assurer qu'il n'y ait ni drogue ni alcool.



**Signature du parent obligatoire au verso**

\_\_\_\_\_  
Signature père ou mère ou tuteur légal

\_\_\_\_\_  
date

## Lettre de consentement pour un enfant voyageant à l'étranger

À qui de droit,

Je / Nous,

suis / sommes

\_\_\_\_\_ ,  
*nom(s) complet(s)*

\_\_\_\_\_ ,  
*la / les personne(s) // l'organisme légal(es) ayant :*

- les droits de garde,
- les droits de tutelle, ou
- l'autorité parentale (seulement au Québec)

de

\_\_\_\_\_ ,  
*nom complet de l'enfant*

### Renseignements sur l'enfant

Date et lieu de naissance :

\_\_\_\_\_ ,  
*jj / mm / aaaa*

\_\_\_\_\_ ,  
*lieu*

Numéro et date de délivrance du

\_\_\_\_\_ ,  
*numéro*

\_\_\_\_\_ ,  
*jj / mm / aaaa*

Autorité émettrice :

\_\_\_\_\_ ,  
*pays de délivrance du passeport*

### Renseignements sur la personne accompagnatrice

L'enfant susmentionné a mon / notre consentement pour voyager avec

Nom et prénom :

\_\_\_\_\_ ,  
*Côté, Bernard*

\_\_\_\_\_ ,  
*nom complet de la personne accompagnatrice*

Date et lieu de naissance :

\_\_\_\_\_ ,  
*15/10/1976*

\_\_\_\_\_ ,  
*Lévis*

\_\_\_\_\_ ,  
*jj / mm / aaaa*

\_\_\_\_\_ ,  
*lieu*

Numéro et date de délivrance du

\_\_\_\_\_ ,  
*numéro*

\_\_\_\_\_ ,  
*jj / mm / aaaa*

Autorité émettrice :

\_\_\_\_\_ ,  
*Canada*

\_\_\_\_\_ ,  
*pays de délivrance du passeport*

### Coordonnées durant le voyage

Je donne mon consentement / Nous donnons notre consentement à ce que l'enfant susmentionné et la personne accompagnatrice puissent se rendre à l'endroit suivant :

Lieu :

\_\_\_\_\_ ,  
*États-Unis*

\_\_\_\_\_ ,  
*nom du pays étranger*

pendant la période suivante

\_\_\_\_\_ ,  
*12 au 13 février 2019*

\_\_\_\_\_ ,  
*date de départ et date de retour*

pour résider chez

\_\_\_\_\_ ,  
*Best Western Waterbury*

\_\_\_\_\_ ,  
*nom complet de la personne avec qui l'enfant résidera à l'étranger*

à l'adresse suivante :

\_\_\_\_\_ ,  
*45 Blush Hill Road, Waterbury*

\_\_\_\_\_ ,  
*rue, ville*

\_\_\_\_\_ ,  
*Vermont É.-U.*

\_\_\_\_\_ ,  
*province ou état, pays*

Numéros de téléphone et de

\_\_\_\_\_ ,  
*800-621-7822*

\_\_\_\_\_ ,  
*téléphone*

\_\_\_\_\_ ,  
*télécopieur*

### Renseignements sur la / les personne(s) donnant son / leur consentement

Toute question concernant cette lettre de consentement peut être adressée à la personne / aux personnes / à l'organisme accordant son / leur consentement :

Nom(s) et prénom(s) :

\_\_\_\_\_ ,  
*nom(s) complet(s) de la / les personne(s) / de l'organisme donnant son / leur*

Adresse :

\_\_\_\_\_ ,  
*rue, ville*

\_\_\_\_\_ ,  
*province ou état, pays*

Numéros de téléphone et de

\_\_\_\_\_ ,  
*téléphone*

\_\_\_\_\_ ,  
*télécopieur*

Courriel :

\_\_\_\_\_

**Signature(s) de la / des personnes  
donnant son / leur consentement**

\_\_\_\_\_  
*signature(s) de la / des personnes donnant*

\_\_\_\_\_  
*jj / mm / aaaa*

**Signature du témoin**

\_\_\_\_\_  
*nom complet du témoin*

\_\_\_\_\_  
*signature du témoin*

\_\_\_\_\_  
*jj / mm / aaaa*      *lieu*

**Signature de la personne  
accompagnatrice**

\_\_\_\_\_  
*signature de la personne accompagnatrice*

\_\_\_\_\_  
*jj / mm / aaaa*

**Signature du témoin**

\_\_\_\_\_  
*nom complet du témoin*

\_\_\_\_\_  
*signature du témoin*

\_\_\_\_\_  
*jj / mm / aaaa*      *lieu*

**Voyage : Vermont 2019**  
**Dates : du 12 au 13 février 2019**  
**Responsable du voyage : Bernard Côté**  
**FICHE D'URGENCE SANTÉ ET D'ASSURANCE**



ÉCOLE : **Collège des Compagnons** Niveau : \_\_\_\_\_

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Adresse courriel de l'élève : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : Résidence père : \_\_\_\_\_ Travail – père : \_\_\_\_\_

Téléphone : Résidence mère : \_\_\_\_\_ Travail – mère : \_\_\_\_\_

Téléphone : Autre : \_\_\_\_\_ Lien avec l'élève : \_\_\_\_\_

**AUCUN PROBLÈME DE SANTÉ À SIGNALER**

**PROBLÈME(S) DE SANTÉ ACTUEL(S) :**

Allergie (spécifiez) : \_\_\_\_\_ Épipen : Oui  Non

Asthme : Léger  Sévère  Modéré  Fréquence des crises : \_\_\_\_\_ par année

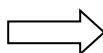
Pompe à sa disposition : Oui  Non

Diabète : Trousse d'hypo : Oui  Non

Épilepsie

Médication à prendre : \_\_\_\_\_

Autres maladies ou handicaps : \_\_\_\_\_



**Signature du parent obligatoire au verso**

# IMPORTANT

## **ASSURANCES POUR LES VOYAGES À L'EXTÉRIEUR DU PAYS**

Tout problème de santé ainsi que toute médication doivent être déclarés afin de remplir, le cas échéant, un formulaire additionnel d'assurance qui confirmera ou non la couverture de votre enfant. Il est de la responsabilité des parents de fournir toutes les informations sur la santé de son enfant, de même qu'une preuve d'assurance médicale et une d'annulation de voyage couvrant l'ensemble des dépenses. Toute maladie non déclarée amènera le retrait de l'enfant du voyage et aucun remboursement du coût du voyage.

J'ai pris connaissance des informations concernant une preuve d'assurance médicale d'annulation de voyage pour mon enfant et je m'engage à fournir au collègue, dès le premier dépôt, cette preuve de la signature du contrat d'engagement.

\_\_\_\_\_  
Signature père ou mère ou tuteur légal

\_\_\_\_\_  
date

**Compagnie d'assurance :** \_\_\_\_\_

**# de la police d'assurance :** \_\_\_\_\_

**# de téléphone de la compagnie d'assurance (urgence) :** \_\_\_\_\_

**(Vous pouvez joindre une photocopie de votre carte d'assurance, recto-verso)**