

Centre de ressources pour les familles des militaires de Gagetown

A-45, avenue St-Lawrence, Oromocto, NB E2V 4J5
Tél. : (506) 422-2000 poste 3352 Téléc. : (506) 422-1444

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ, RENONCIATION À RÉCLAMATIONS, PRISE EN CHARGE DES RISQUES ET DES INDEMNITÉS

**** PRIÈRE DE LIRE CE QUI SUIT ATTENTIVEMENT ****
EN SIGNANT CE DOCUMENT, VOUS RENONCEZ À CERTAINS DROITS, Y COMPRIS AU DROIT DE RECOURS

À l'intention du Centre de ressources pour les familles militaires de Gagetown (désigné ci-après « CRFMG »)

En mon nom personnel et au nom de mes héritiers, exécuteurs testamentaires, administrateurs et ayants droit je _____ de la ville/localité de _____, province du Nouveau-Brunswick (ci-après désigné « le renonciateur »), conviens, en contrepartie de la permission de participer aux programmes et activités du CRFMG, **de libérer, d'exonérer et de décharger le CRFMG et/ou ses directeurs, responsables, employés, bénévoles, agents et/ou représentants** (ci-après désignés « les renonciataires ») de toute responsabilité à l'égard de toute action, cause d'action, poursuite, dette, cautionnement, engagement, contrat, réclamation ou demande de quelque nature que ce soit que j'ai pu avoir, que j'ai ou que je pourrais avoir en raison de ma participation au programme ou aux activités du CRFMG, y compris en raison de la négligence du renonciataire.

Si le renonciateur engage une procédure de réclamation, de plainte ou de revendication contre le renonciataire pour un motif se rapportant à la présente renonciation, celle-ci peut être invoquée pour que la réclamation, plainte ou revendication en question soit déclarée irrecevable.

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ MÉDICALE : Je reconnais qu'il m'incombe d'informer le CRFMG de tout trouble médical susceptible d'affecter la participation du sus-nommé aux programmes/activités du CRFMG. Dans l'éventualité où le sus-nommé aurait besoin d'assistance médicale, je consens à ce qu'il soit transporté à l'hôpital le plus près, notamment par ambulance, et j'accepte d'assumer l'entière responsabilité des coûts et services que cela implique.

DÉCHARGE CONCERNANT LES PHOTOGRAPHIES : Permission est : **accordée** / **refusée** (encercler) au CRFMG de prendre et d'utiliser des photographies individuelles du sus-nommé pour des fins de promotion et d'archives.

Fait à Oromocto, province du Nouveau-Brunswick.

Le _____ jour de _____ 200 ____.

SIGNATURE : _____
(Ou signature du parent/tuteur si le sus-nommé est âgé de moins de 18 ans)

NOM DU PARENT/TUTEUR (écrire en lettres moulées) : _____
(Dans le cas où le sus-nommé est âgé de moins de 18 ans)

NOM ET SIGNATURE DES TÉMOINS : _____

POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ DU CRFM de Gagetown:

L'information recueillie par le Centre de ressources pour les familles militaires de Gagetown sera utilisée aux seules fins du CRFMG, dans la plus stricte confidentialité, conformément au code de protection de la vie privée du Programme des services aux familles des militaires; ces renseignements ne seront communiqués à aucune autre personne ou organisation sans la permission écrite de l'individu concerné, sauf contrainte légale. Les autorités militaires ne sont aucunement informées de la participation des clients aux services et activités du CRFMG.