

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET DOSSIER MÉDICAL
POUR LE "FORUM DE PRÉPARATION" ET
LE "3ème CONGRÈS MONDIAL CONTRE
L'EXPLOITATION SEXUELLE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS"
Rio de Janeiro, Brésil
23 -28 novembre 2008**

1. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARENTS / LE TUTEUR

Contexte: Une attention particulière a été apportée afin de garantir la sécurité de votre enfant pendant le voyage et durant son séjour à Rio de Janeiro dans le cadre du "Forum Préparatoire" et du "3ème Congrès Mondial contre l'Exploitation Sexuelle des Enfants et des Adolescents" (3e CM). L'organisation locale/internationale responsable de la participation de votre enfant s'engage s'occuper des documents nécessaires (tels que passeports, visas, billets d'avion) ainsi que des assurances voyage et maladie (couvrant les cas de maladie et les accidents) pour votre enfant **avant** son départ pour le Brésil. Ces assurances couvriront également pour votre enfant la perte des bagages, les vols manqués et tous les autres frais médicaux. Ce document est **EXTRÊMEMENT IMPORTANT**, assurez-vous que toutes les informations contenues dans les 3 pages suivantes soient conservées ensemble **EN PERMANENCE**.

Adulte Accompagnant: Un adulte accompagnera votre enfant pendant l'ensemble des réunions au Brésil. Cet adulte a été désigné par l'organisme local/international responsable de la participation de votre enfant. Cet adulte accompagnant sera responsable de la sécurité et du bien-être de votre enfant durant son séjour. Si nécessaire, cet adulte peut également servir de traducteur pour votre enfant pendant cette période. L'adulte accompagnant conservera sur lui en permanence les copies de ces 3 formulaires pendant le séjour au Brésil, et confiera une copie des 3 formulaires à l'organisme de parrainage.

Cochez la case correspondante S.V.P:

Je/Nous, (noms du/des parent(s)/tuteurs(s): _____

Donne/donnons mon/notre accord pour mon/notre enfant

(nom de l'enfant): _____

de voyager à Rio de Janeiro, au Brésil, afin de participer aux réunions du "Forum Préparatoire" et du "3ème Congrès Mondial contre l'Exploitation Sexuelle des Enfants et des Adolescents" qui ont lieu du 23 au 28 novembre 2008.

Je/Nous désigne/désignons (nom de l'Adulte Accompagnant) _____, comme étant responsable de mon/notre enfant durant son voyage et l'autorise/autorisons à prendre les décisions nécessaires en cas d'urgence médicale au cours du voyage de mon/notre enfant.

Je/Nous confirme/confirmons que Je/Nous avons l'entière autorité d'accorder le pouvoir légal nécessaire à ce document.

Média: Si votre enfant décide de prendre part aux projets médiatiques durant le "Forum Préparatoire" et/ou le "3ème Congrès Mondial contre l'Exploitation Sexuelle des Enfants et des Adolescents", il sera informé sur les techniques d'interviews et sera susceptible d'apparaître sur différents supports tels que photos, films, cassettes vidéo et audio, ou autre support d'enregistrement, lors de la consultation et lors de la diffusion à son domicile ou dans sa région d'origine, et sera accompagné par un adulte responsable au cours de ses interactions avec les médias.

Cochez la case correspondante SVP:

- Je/Nous donnons notre accord pour que mon/notre enfant participe aux activités médiatiques durant la réunion.
- Je/Nous NE DONNE/DONNONS PAS mon/notre accord pour que mon/notre enfant participe aux activités médiatiques durant la réunion.

Autorisation pour administrer les médicaments d'usage:

Veillez indiquer si vous donnez votre accord pour que votre enfant soit traité avec les médicaments d'usage (tels qu'Advil, Tylenol, Aspirine, etc.) en cas de problème de santé mineur (maux de têtes, maux d'estomac, etc.). En cas de maladie plus sérieuse, votre enfant sera immédiatement emmené chez un médecin qualifié.

Je/Nous donne/donnons mon/notre accord pour que mon/notre enfant puisse être soigné avec les médicaments d'usage nécessaires tels qu'Advil, Tylenol, Aspirine, etc. en cas de problème de santé mineur.

Je/Nous NE DONNE/DONNONS PAS mon/notre accord pour que mon/notre enfant soit traité avec les médicaments d'usage nécessaires tels qu'Advil, Tylenol, Aspirine, etc. en cas de problème de santé mineur.

Merci de préciser si à votre connaissance votre enfant est allergique à un quelconque médicament.

Signature(s) du/des Parent(s) / Tuteur(s):

_____ Date _____,

_____ Date _____,

(Veillez indiquer votre nom complet en face de votre signature)

Merci de nous indiquer vos coordonnées détaillées ci-dessous afin que nous puissions vous contacter en cas d'urgence. (Veillez à préciser l'indicatif du pays)

Numéro de téléphone: _____

Nom et Numéro de la personne à contacter en cas d'urgence:

Adresse du/des Parent(s)/Tuteur(s) _____,

Accord et Confirmation par le Parent/Tuteur

Je soussigné (veuillez indiquer votre nom complet), confirme et accepte tous les éléments mentionnés dans ce formulaire de consentement:

Signature: _____ Date: _____,

Nom de l'Organisme responsable: _____

Courriel: _____

2. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'ENFANT ET/OU L'ADOLESCENT

Je (Nom) _____, comprends et affirme avoir été informé(e) sur le programme, mon rôle et la nature des réunions. Je comprends que _____ (nom de l'Adulte Accompagnant) m'accompagnera aux réunions et veillera sur moi.

Merci de COCHER la case correspondante si votre réponse est OUI:

- On m'a demandé mon avis sur le choix de mon Adulte Accompagnant.
- J'ai été informé(e) sur la manière dont l'Adulte Accompagnant s'occupera de moi.
- Je ferai ce que mon Adulte Accompagnant me demandera de faire afin de garantir ma sécurité et mon bien-être (dans la limite du raisonnable).
- J'ai été informé(e) du programme des réunions et j'accepte de faire ce voyage et de participer aux réunions.
- Je suis conscient d'avoir le droit de refuser ce voyage.

Signature de l'Enfant ou de l'Adolescent _____

Si je rencontre un quelconque problème avec mon Adulte Accompagnant, je peux contacter la personne suivante: _____

_____ (Nom, Prénom et Numéro de téléphone de la Personne Responsable de la Protection de l'Enfance au Brésil ou du Coordinateur de la Commission de Participation des Enfants).

3. FORMULAIRE DU DOSSIER MÉDICAL

Les adultes accompagnant les enfants et les adolescents doivent remplir ce formulaire avec l'enfant et/ou l'adolescent et le conserver sur eux en permanence. Ils doivent également fournir une copie de ce formulaire aux Personnes Responsables de la Protection de l'Enfance. Les informations contenues dans ce formulaire resteront confidentielles. Seuls le personnel médical et les organisateurs de l'événement seront autorisés à y accéder:

1. Nom et Prénom de l'Enfant:
2. Pays:
3. Allergies (ex: nourriture, condition chronique, piqûres d'insectes, médicaments):
4. Groupe sanguin:
5. Actuellement sous traitement médical : Non Oui

Type de médicaments:

Veillez apporter une copie des ordonnances (traitement par médicaments ou verres de vue) et une quantité suffisante de médicaments pour toute la durée des réunions.

6. Antécédents médicaux (opérations et hospitalisations):
7. Indiquez toute autre condition physique (ex: asthme, épilepsie, handicap, basse pression sanguine, diabète, sujet aux migraines/évanouissements/étourdissements, dépression/anxiété):
8. Fréquence des séances de soutien psychologique/du traitement:

Avertissement sur l'Immunisation contre la Fièvre Jaune:

Le vaccin contre la fièvre jaune est requis pour les voyageurs en provenance de zones infectées par la fièvre jaune en Afrique ou en Amérique. Tous les voyageurs doivent consulter leur médecin ou se renseigner auprès des autorités sanitaires de leur pays entre 4 et 8 semaines avant le départ afin de recevoir les vaccins nécessaires et d'obtenir les informations sur les éventuels effets secondaires du vaccin. Une mise à jour quotidienne des recommandations de santé pour voyager au Brésil est disponible sur: www.mdtravelhealth.com/destinations/samerica/brazil.php

Détails de l'Assurance Médicale

Nom de la compagnie d'assurance:

Numéro de police d'assurance: