

ENGAGEMENT RÉCIPROQUE



Nom du vacancier _____

Prénom _____

Référence du séjour _____

**À REMPLIR
ET RENVoyer À EPAL**

10 rue Nicéphore Niépce
BP 40002
29801 BREST Cedex 09
vta.epal@epal.asso.fr

L'Association Epal s'engage :

- à mettre en œuvre l'ensemble des dispositions et protocoles présentés dans le document "LIVRET DE PRÉSENTATION DES SÉJOURS".

L'inscrivant (établissement, tuteur, vacancier lui-même...) :

- 1 atteste avoir pris connaissance des dispositions et protocoles figurant dans le LIVRET DE PRÉSENTATION DES SÉJOURS, en particulier les chapitres "TRANSPORTS/ACHEMINEMENT", "MATÉRIELS LIÉS À LA COVID-19 - À FOURNIR" et "NON-RESPECT DES RÈGLES" ;
- 2 atteste que le vacancier n'est pas une personne à risque de forme grave de la Covid-19 au regard des critères définis par le HCSP dans son avis du 20 avril 2020*, ou, si tel est le cas, avoir pris l'attache du médecin habituel pour disposer d'un avis concernant la participation au séjour avant l'inscription ou le départ ;
- 3 s'engage à prévenir l'association Epal si le vacancier présente des signes évocateurs d'atteinte par la Covid-19, ou a été en contact avec une personne malade dans les 15 jours avant le départ, annulant de ce fait sa participation au séjour ;
- 4 si le vacancier n'est pas en capacité de supporter le port du masque, cocher la case ci-dessous :
 le vacancier n'est pas en capacité de supporter le port du masque ;
- 5 s'engage à ce qu'une personne soit joignable À TOUT MOMENT pour organiser **le retour du vacancier en cas de contraction de la Covid-19 ou de rapatriement du groupe décidé sur avis médical** (NB : si personnes différentes suivant les dates, merci de préciser) ;

Personne(s) à contacter :

Nom _____ Prénom _____

En qualité de _____ Tél. _____

Adresse du lieu de retour _____

- 6 s'engage à surveiller au retour du vacancier tout signe d'alerte et l'apparition d'éventuels symptômes et, le cas échéant, de prévenir l'association Epal pour qu'une information aux autres vacanciers, familles, établissements et accompagnateurs du séjour puisse être effectuée.

L'association Epal

Franck Martin, Directeur

Signature :

L'inscrivant

En qualité de (établissement, tuteur, vacancier lui-même...)

Nom _____

Prénom _____

reconnait accepter les points 1 à 6 décrits ci-dessus.

Signature :

* Le HCSP émet des recommandations pour la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de formes sévères :

- les personnes âgées de 70 ans et plus ;
- les patients aux antécédents cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée, accident vasculaire cérébral ou coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;
- les diabétiques insulino-dépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie ;
- les personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ;
- les patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée et les malades atteints de cancer sous traitement.