

ANNEXE 15
FORMULAIRE DE NOMINATION ET D'AUTORISATION D'UN ACCOMPAGNATEUR
ET
D'AUTORISATION MÉDICALE D'URGENCE

(voir Articles A2704[a] and A2708[c])

Nomination d'un Accompagnateur

À _____ (nom du Producteur)

Re _____ (nom de la Production)

1. Je, _____ (nom du Parent/Tuteur), suis
le Parent ou le tuteur légal de _____ (nom du Mineur),
qui est âgé de moins de seize ans.

2. Je désigne par la présente _____ (nom de l'accompagnateur)
pour être l'accompagnateur du Mineur susmentionné, mon enfant, chaque fois que
je ne pourrai pas l'accompagner sur le plateau ou en revenir, et pour rester présent
lorsque mon enfant sera présent sur le plateau.

J'accepte de vous informer si je décide d'accompagner mon enfant à la place de
l'accompagnateur à tout moment durant la Production. Je garantis que l'accompagnateur
que j'ai désigné a pleine autorité et ma confiance pour superviser et prendre soin du mineur
susmentionné pendant cette production.

Fait à _____ ce _____ jour de _____, _____.

(signature du Parent)

(numéro de téléphone du Parent)

(signature du témoin)

(caractères d'imprimerie ou dactylographier le nom du témoin)

Consentement de l'Accompagnateur

Je, _____ (nom de l'accompagnateur), ai lu et me suis familiarisé avec les dispositions relatives aux Mineurs (en particulier, l'Article A2708) de l'IPA présentement en vigueur et le scénario concernant le Rôle de _____ (nom du Mineur). Je comprends que ma responsabilité est de veiller à ce que les meilleurs intérêts du Mineur dont je m'occupe prévalent à tout moment et je consens à assumer cette responsabilité. Je garantis que je suis âgé(e) d'au moins vingt et un (21) ans.

Fait à _____ ce _____ jour de _____, _____.

(signature de l'accompagnateur)

(adresse)

(chaperon's telephone number)

(signature du témoin)

(caractères d'imprimerie ou dactylographier le nom du témoin)

Formulaire d'Autorisation Médicale d'Urgence

Je, _____, suis le Parent de _____, un enfant Artiste-interprète qui est un Mineur engagé selon les modalités de l'IPA, et j'autorise par la présente le Producteur ou son représentant à prendre les mesures nécessaires pour fournir un traitement médical à mon enfant en cas d'urgence. Cette autorisation ne sera utilisée que si moi-même ou un autre parent de l'enfant n'est pas disponible pour fournir un consentement.

Fait à _____ ce _____ jour de _____, _____.

(signature du Parent)

(numéro de téléphone du Parent)

(signature du témoin)

(caractères d'imprimerie ou dactylographier le nom du témoin)