



DEMANDES RELATIVE AUX VISITES – NON-RESPONSABILITÉ POUR BLESSURES INFLIGÉES À UN ENFANT

CLASSER AU DOSSIER ► Original = Dossier VC délinquant

Numéro SED ►

Nom de famille (nom du (de la) détenu(e) que vous voulez visiter) ►

Prénom(s) ►

Date de naissance ►

NOTA: Les zones ombrées sont réservées à l'usage du Service

Établissement	Région
---------------	--------

Complété par l'Unité Opérationnelle :

LE PRÉSENT FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI CONJOINTEMENT AVEC LE FORMULAIRE SCC 0653F, DEMANDE RELATIVES AUX VISITES.

ÉNONCÉ DE LA LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Des renseignements personnels à votre sujet sont recueillis en vertu de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* dans le but de vérifier votre admissibilité au programme des visites du SCC. Ces renseignements sont recueillis sans obligation de votre part et sont conservés dans le fichier Visites et correspondance; néanmoins, si vous vous opposez à cet examen, les privilèges de visite vous seront refusés. Les données en question ne peuvent pas être divulguées à d'autres personnes sans votre consentement, SAUF si la communication est justifiée conformément à l'un des alinéas du paragraphe 8(2) de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

Je, _____ parent ou adulte accompagnateur de l'enfant ou des enfants mentionnés ci-dessous, décharge le Service correctionnel du Canada de toute responsabilité qui pourrait lui incomber du fait d'avoir permis à cet enfant ou ces enfants de m'accompagner dans le cadre d'une visite à l'établissement / installation du SCC.

Pour plus de précision, mais sans restreindre la généralité des termes qui précèdent, je décharge le Service correctionnel du Canada ou ses employés et mandataires de toute responsabilité résultant d'une blessure que subirait l'enfant ou les enfants en question au cours d'une visite à l'établissement. De plus, je renonce à toute revendication ou action contre le Service correctionnel du Canada ou ses employés et mandataires, pouvant résulter de la présence de cet enfant dans un établissement. En dernier lieu, je reconnais que je suis responsable de cet enfant ou ces enfants tout au long de notre visite à l'établissement.

Nom de l'enfant ou des enfants visés	ÂGE
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

► _____ Signature du parent ou adulte accompagnateur	► _____ Signature du parent ou adulte accompagnateur	_____ Date (AAAA-MM-JJ)
---	---	----------------------------

_____ Nom du témoin (en lettres moulées)	► _____ Signature	_____ Date (AAAA-MM-JJ)
---	----------------------	----------------------------