



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2018 - 2019 Centre d'Animation Jeunesse

### Formulaire d'inscription

Veillez svp compléter les parties A, B, C et D de ce formulaire d'inscription.

**Le présent formulaire doit être complété et signé par le parent/tuteur,  
en présence du jeune et de l'animatrice du CAJ.**

L'animatrice du CAJ s'assurera de présenter au jeune et à son parent/tuteur les droits et les responsabilités nécessaires au bien-être et à la sécurité des jeunes qui fréquentent le CAJ.

### Partie A Consentement parental

Ayant pris connaissance des droits et des responsabilités de mon jeune, je \_\_\_\_\_  
(parent / tuteur) permets à mon enfant de s'inscrire au Centre d'animation jeunesse de Shippagan.

**Nom de l'enfant :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_\_  
**Adresse postale :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Code postal :** \_\_\_\_\_  
**Téléphone :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Adresse électronique :** \_\_\_\_\_

Conscient(e) que le personnel du CAJ prendra toutes les mesures raisonnables pour assurer le bien-être et de la sécurité de mon enfant, je soussigné, \_\_\_\_\_, détenteur de l'autorité parentale ou tuteur du jeune, renonce par la présente, en mon nom propre et en celui de mes héritiers, exécuteurs, administrateurs et ayants droit, à exercer quelque forme de recours à l'endroit du RCJM-NB Inc., du CAJ, ses employés, administrateurs, organisateurs, bénévoles, commanditaires, successeurs et ayants-droit, et décharge et exonère l'ensemble de ces parties de toute réclamation, poursuite, exigence, dommages-intérêts, action ou cause d'action de toute nature.

\_\_\_\_\_  
**Signature du parent/tuteur**

\_\_\_\_\_  
**Date**

### Partie B Autorisation de publication et d'utilisation de photos

Par la présente, j'autorise le RCJM-NB Inc. et le CAJ à utiliser les photos prises de mon enfant pour des fins spécifiques d'utilisation et de publication dans les documents imprimés ou électroniques dans un cadre professionnel et que seul le nom de l'enfant peut être utilisé, et non ses coordonnées personnelles.

\_\_\_\_\_  
**Signature du parent/tuteur**

\_\_\_\_\_  
**Date**

## Partie C

### Autorisation de sortie avec le CAJ

Par la présente, à moins d'avis contraire, j'autorise mon enfant à participer aux diverses activités à l'extérieur du Centre D'Animation Jeunesse. Cette autorisation exclut les sorties où mon enfant devra dormir à l'extérieur de la région. Dans ces cas spécifiques, une autorisation spéciale sera exigée.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

## Partie D

### Renseignements médicaux et autorisation de traitement

Cette partie doit être complétée par le parent ou le tuteur.

L'organisme responsable sera plus à même d'exercer une supervision et une protection appropriée au jeune si elle possède des renseignements complets et exacts. L'information ainsi transmise demeure strictement confidentielle et seule la personne responsable du groupe et, le cas échéant, le médecin traitant y auront accès.

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse résidentielle : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Nom des parents : \_\_\_\_\_ (père) \_\_\_\_\_ (mère)

Téléphone au travail : \_\_\_\_\_ à la maison : \_\_\_\_\_ cellulaire : \_\_\_\_\_

Personne à rejoindre en cas d'urgence (autre que celle déjà mentionnée) :

Nom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Téléphone au travail : \_\_\_\_\_ à la maison : \_\_\_\_\_ cellulaire : \_\_\_\_\_

Nom du médecin de famille : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il de l'un ou l'autre des troubles suivants ? (cochez)

<input type="checkbox"/> asthme	<input type="checkbox"/> incontinence nocturne	<input type="checkbox"/> rhumes fréquents	<input type="checkbox"/> bronchite
<input type="checkbox"/> convulsions	<input type="checkbox"/> maladie de peau	<input type="checkbox"/> troubles de l'oreille	<input type="checkbox"/> eczéma
<input type="checkbox"/> épilepsie	<input type="checkbox"/> troubles de la vue	<input type="checkbox"/> évanouissements	<input type="checkbox"/> sinusite
<input type="checkbox"/> furoncle	<input type="checkbox"/> troubles rénaux	<input type="checkbox"/> mal des transports	<input type="checkbox"/> cauchemars
<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> somnambulisme	<input type="checkbox"/> mal de mer	<input type="checkbox"/> amygdalite

Autre : \_\_\_\_\_

Décrivez le traitement requis pour chacun des troubles cochés.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il de l'une ou l'autre des allergies suivantes ? (cochez)

<input type="checkbox"/> animaux	<input type="checkbox"/> médicaments	<input type="checkbox"/> poussière	<input type="checkbox"/> pollen
<input type="checkbox"/> aliments	<input type="checkbox"/> piqûres d'insecte	<input type="checkbox"/> pénicilline	<input type="checkbox"/> plantes

Autre : \_\_\_\_\_

**Veillez préciser les signes ou les symptômes d'allergies et le traitement.**

---

---

---

**Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique dont la personne responsable du groupe devrait être informée ?** \_\_\_\_ oui \_\_\_\_ non

**Veillez préciser et fournir des détails quant aux médicaments nécessaires.**

---

---

---

---

**Votre enfant a-t-il déjà souffert de l'une ou l'autre des maladies suivantes ? (cochez)**

<input type="checkbox"/> appendicite	<input type="checkbox"/> maladie du coeur	<input type="checkbox"/> tuberculose	<input type="checkbox"/> rougeole
<input type="checkbox"/> oreillons	<input type="checkbox"/> fièvre rhumatoïde	<input type="checkbox"/> mononucléose	<input type="checkbox"/> jaunisse
<input type="checkbox"/> rubéole	<input type="checkbox"/> cinquième maladie	<input type="checkbox"/> poliomyélite	<input type="checkbox"/> scarlatine
<input type="checkbox"/> pleurésie	<input type="checkbox"/> varicelle	<input type="checkbox"/> coqueluche	<input type="checkbox"/> pneumonie

**Votre enfant a-t-il déjà souffert d'une maladie qui ne figure pas sur cette liste** \_\_\_\_ oui \_\_\_\_ non ?

**Précisez:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Chirurgie/blessure récente : (date et précisions) :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Précautions recommandées :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Votre enfant est-il végétarien ?** \_\_\_\_ oui \_\_\_\_ non

**Veillez indiquer toute exigence diététique particulière :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Votre enfant prend-t-il actuellement des médicaments?** \_\_\_\_ oui \_\_\_\_ non

**Nom du médicament :** \_\_\_\_\_ **Posologie :** \_\_\_\_\_

**En tant que parent ou tuteur du participant(e) et dans les circonstances décrites ci-dessous, j'autorise la personne responsable du groupe à obtenir les services/traitements médicaux nécessaires à la santé et à la sécurité de mon enfant :** \_\_\_\_\_ (nom complet de l'enfant)

**1 - si, de l'avis du médecin, il faut recourir à des traitements qui requièrent le consentement du parent/tuteur ;**

**2 - et si toutes les tentatives faites pour rejoindre le parent ou le tuteur ont échoué et que l'urgence de la situation est telle qu'il n'est plus possible de continuer à tenter de les joindre.**

\_\_\_\_\_  
**Signature d'un parent ou tuteur**

\_\_\_\_\_  
**Date**