

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

DATE LIMITE POUR S'INSCRIRE : le 19 FEVRIER 2010



INFORMATIONS GÉNÉRALES	CONTACTS
Activité: Prends ta Place! 2010 Lieu : Pointe-de-l'Église (Nouvelle-Écosse) Dates: les 4, 5, 6 et 7 mars 2010 Frais d'inscription: 100\$ (50\$ Clare). <u>Chèque au nom du CJP</u> Age: 12 à 25 ans	Adresse : 54 rue queen Dartmouth, NS, B2Y 1G3 Tel : 433-2084 ou 1-866-208-5160 Site internet : www.conseiljeunesse.ca

INFORMATIONS PERSONNELLES	
Nom du/de la participant(e): _____	École / Université (s'il y a lieu):
Adresse postale : _____	<input type="checkbox"/> Centre scolaire de l'Acadie
Ville/Village: _____	<input type="checkbox"/> École NDA
Code postal: _____	<input type="checkbox"/> École Beau Port
Numéro de téléphone: _____	<input type="checkbox"/> École secondaire de Pomquet
Courrier électronique: _____	<input type="checkbox"/> École du Carrefour
Date de naissance: (____ / ____ / ____)	<input type="checkbox"/> École de la Rive-Sud
(JJ / MM / AAAA)	<input type="checkbox"/> École secondaire de Clare
Taille de t-shirt: P / M / G / TG / 2X / 3X	<input type="checkbox"/> École secondaire de Par-en-Bas
	<input type="checkbox"/> École Rose des Vents
	<input type="checkbox"/> École Beaubassin
	<input type="checkbox"/> Université Sainte-Anne
	<input type="checkbox"/> Aucune école / Université

INFORMATIONS MÉDICALES	
Parent / tuteur à rejoindre en cas d'urgence et lien de parenté: _____	
Numéro de téléphone: _____	
Numéro d'assurance maladie: _____	
Médecin: _____	
Numéro de téléphone du médecin: _____	
Je souffre des problématiques suivantes:	
<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques (spécifiez SVP) : _____	
<input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Allergies (spécifiez SVP) : _____	
<input type="checkbox"/> Migraines <input type="checkbox"/> Autres (spécifiez SVP) : _____	
Je dois prendre les médicaments suivants et/ou recommandations (Inscrire les instructions, la fréquence et toutes autres informations pertinentes à votre santé):	

Besoins particuliers en terme d'alimentation: _____	

APPROBATION / SIGNATURE	
* En cas d'urgence extrême où les services ambulanciers seront requis, veuillez noter que le parent ou tuteur devra assumer les coûts. La carte d'assurance maladie provinciale/territoriale est nécessaire dans le cas où le/la participant(e) serait conduit à l'hôpital. Le médecin traitant est en droit d'accepter ou non une photocopie de la carte. Si la photocopie n'est pas suffisante, le/la participant(e) ou la délégation devra assumer les coûts du traitement pour ensuite se faire rembourser dans leur province/territoire. Le CJP vous assure de la confidentialité de ce document.	
** J'autorise le CJP d'utiliser des photos de moi prises pendant les activités pour des fins de publicité et sur son site web.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
*** J'autorise le CJP d'utiliser mes coordonnées afin de m'envoyer des informations au sujet de ses activités.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
**** Je comprends qu'il faut annuler l'inscription avant le 26 Février 2010 pour être remboursé. Au delà, aucun remboursement ne sera possible.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Signature du/de la participant(e): _____	Date: _____
Signature du parent / tuteur: _____	Date: _____
(La signature d'un parent ou tuteur est exigée pour les jeunes de moins de 18 ans.)	