

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

DATE LIMITE POUR S'INSCRIRE : le 18 février 2011



INFORMATIONS GÉNÉRALES	CONTACTS
Activité : Odysée Culturelle	Adresse : 54 rue Queen Dartmouth, NÉ, B2Y 1G3
Lieu : Truro (Nouvelle-Écosse)	Tél : 902-433-2084 ou 1-866-208-5160
Dates : 4 au 6 mars 2011	Site internet : www.conseiljeunesse.ca
Frais d'inscription : 50\$ (25\$ Truro). Chèque au nom du CJP	
Âges : 14 à 18 ans	

INFORMATIONS PERSONNELLES		CHOIX DE FORMATION
Nom du/de la participant(e) :	École / Université (s'il y a lieu) :	<input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Improvisation <input type="checkbox"/> Musique <input type="checkbox"/> Art visuel <input type="checkbox"/> Cirque
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 : (____/____/____) (JJ / MM / AAAA)	<input type="checkbox"/> École de la Rive-Sud	
Taille de t-shirt : P/M/G/TG/2X/3X	<input type="checkbox"/> École secondaire de Clare	
	<input type="checkbox"/> École secondaire de Par-en-Bas	
	<input type="checkbox"/> École Rose-des-Vents	
	<input type="checkbox"/> École secondaire du Sommet	
	<input type="checkbox"/> École acadienne de Truro	

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 25 février 2011 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.)