

# Formulaire de demande

## Information obligatoire\*

NOM: \_\_\_\_\_

PRÉNOM

NOM DE FAMILLE

LANGUE DE CORRESPONDANCE: ANGLAIS \_\_\_\_ FRANÇAIS: \_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ): \_\_\_\_\_ SEXE: \_\_\_\_\_

NOM DE VOTRE ORGANISME/ÉCOLE: \_\_\_\_\_

QUI VOUS A PARLÉ DE CETTE CONFÉRENCE?

LA COMMISSION DES ÉTUDIANTS \_\_\_\_ AUTRE ORGANISME OU PERSONNE \_\_\_\_ (VEUILLEZ PRÉCISER):

Veillez vous décrire brièvement et nous dire pourquoi vous désirez participer à cette conférence:



## Formulaire de consentement du participant (pour les jeunes et les adultes)

Veillez signer à la partie A et B:

**A) Consentement à la participation:** Je consens à ce que \_\_\_\_\_  
[ Nom du participant ]  
participe à la Conférence *Le Canada que nous souhaitons 2018*, y compris à la recherche sur le programme et à son évaluation. Je comprends que les participants sont responsables de leur comportement en tout temps. Je décharge la Commission des étudiants, ses agents, ses employés, ses directeurs, ses partenaires et ses ayants-droit de tout dommage, de toute responsabilité ou de tout coût découlant de la participation à toute activité non organisée par la Conférence ou en lien avec celle-ci.

X \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*(Signature du parent ou du tuteur légal si moins de 18 ans)*

**B) Consentement au traitement médical d'urgence:** Je, \_\_\_\_\_  
[ Nom du parent/tuteur légal ou nom du participant ]  
libère la Commission des étudiants, ses agents, ses employés, ses directeurs, ses partenaires et ses ayants-droit de tout dommage, de toute responsabilité ou de tout cout découlant de l'autorisation d'un traitement médical d'urgence pouvant être requis par \_\_\_\_\_  
[ nom du participant ].

X \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*(Signature du parent ou du tuteur légal si moins de 18 ans)*

## Attentes des organisateurs face aux participants(es) de tout âge

- Que tous les participants(es) aient beaucoup de plaisir!
- Que tous les participants(es) se fassent entendre même ceux habituellement plus silencieux.
- Que tous les participants(es) assistent à chaque session.
- Que tout le monde - animateurs, administrateurs et délégués - soit traité avec respect.
- Que le comportement de chaque participant(e) puisse affecter positivement ou négativement, les autres participants.
- Que ni les délégués, ni les animateurs, ni les administrateurs ne consomment d'alcool et/ou de drogues puisque cela est défendu.
- Que si pour une raison ou pour une autre, un(e) participant(e) doit quitter les lieux, il devra fournir par écrit le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la personne et de l'endroit où il prévoit aller. Pour des raisons de sécurité, ces renseignements devront être remis au bureau.
- Que tous les participants(es) utilisent le système de « compagnonnage » (équipe de deux) lors des déplacements prévus à l'horaire. Pour des raisons de sécurité, il est très important de rester avec son compagnon ou sa compagne.
- Que les participants(es) attachent visiblement à leur vêtement leur insigne (name tag) et ce, en tout temps, pour des raisons d'identification, tant pour les administrateurs que les gens des médias.
- Que nous laissions les lieux comme nous les avons trouvés.
- Que toute blessure, infection virale ou autre indisposition soit rapportée au bureau et mentionnée aux animateurs.
- Les relations sexuelles sont interdites.
- Que chaque participant suive les quatre piliers de la Commission des étudiants: respecter, écouter, s'entendre, et communiquer <sup>MC</sup>.

\* \* \*

Je m'engage à suivre ces attentes comme participant(e).

Nom : \_\_\_\_\_  
[Nom du participant]

Signature : \_\_\_\_\_  
[Signature du participant]

Date : \_\_\_\_\_

## Décharge et permis – Aucun frais

### BUREAU PRINCIPAL

**La Commission des étudiants  
Bureau de Toronto**  
23 Isabella St., Toronto, Ont.,  
M4Y 1M7  
Tél. : (416) 597-8297  
Télec. : (416) 597-0661  
sharif@studentscommission.ca

### BUREAU DE L'EST

**NBCC – Miramichi**  
Sarah Gilliss  
80 University Avenue  
Miramichi, N.-B.  
E1N 3W4  
Sarah.Gilliss@nbcc.ca  
Tél. : (506) 788-6741

### BUREAU DE L'OUEST

**Victoria Office**  
Nish Khanna  
nish@studentscommission.ca  
Tel: (250) 412-4131

### BUREAU DES PRAIRIES

**Saskatoon**  
Dave Shanks  
dave@studentscommission.ca  
Tél. : (306) 260-3309

### CENTRE D'EXCELLENCE POUR L'ENGAGEMENT DES JEUNES

### PARTENAIRES

**Brock University**  
Dre Linda Rose-Krasnor,  
Faculté de psychologie

**SPEG, Queen's University**  
Dr John Freeman  
Faculté d'Éducation

**Wilfrid Laurier University**  
Dr Mark Pancer  
Faculté de psychologie

**St. Mary's University**  
Dr David Bourgeois,  
Faculté de psychologie

**University of Victoria**  
Dr Gordon Miller  
School of Child and Youth Care

**St. Thomas More College**  
Dr Patricia McDougall  
School of Child and Youth Care

**Regional Multicultural Youth  
Council**  
Moffat Makudo  
Tél. : (807) 622-4666  
manwoyc@tbaytel.net

**YouCan, Dave Farthing**  
c/o St. Paul's University,  
223 Main St., Ottawa, Ont.  
K1S 1C5

Lors de nos événements, les jeunes et le personnel de la Commission des étudiants prennent des photos, tournent des vidéos et prennent des notes de ce que vous dites car vos idées et vos images nous tiennent à cœur. Nous utilisons ces mots et ces images pour éduquer les autres et promouvoir le travail des jeunes et de la Commission des étudiants. Ce formulaire, rédigé en termes juridiques, donne à la Commission des étudiants le droit d'utiliser les images et les mots vous concernant ou les photos/vidéos prises de vous à des fins non lucratives. En tout temps, vous pouvez demander de ne pas prendre de photo de vous ou de ne pas utiliser vos paroles.

Nom : \_\_\_\_\_  
[Nom du participant]

PAR LA PRÉSENTE, j'autorise la « Commission des étudiants » et les personnes autorisées en ses noms, y compris ses partenaires officiels et non-officiels, à prendre des photos, enregistrer sur pellicule, vidéocassette ou autre format audiovisuel ou écrit, ma voix, ma personne ou autre matériel que j'ai produit en lien avec la conférence de la « Commission des étudiants » et le travail du « Centre d'excellence pour l'engagement des jeunes » dirigé par la « Commission des étudiants », et accorde le droit non-exclusif, la licence et le privilège protégés par droit d'auteur ou autre droit ou licence dont je jouis pour diffuser, émettre par câble, reproduire, imprimer, publier et distribuer ce qui précède en tout format à des fins éducatives et promotionnelles, partout au monde, et ce, à perpétuité.

Je garantis et affirme que les droits accordés aux présentes, ainsi que leur utilisation, n'enfreindront ou ne violeront, en aucun cas, le brevet de marque de commerce, le nom commercial ou les droits d'auteur de quiconque. Par la présente, je décharge la Commission des étudiants et ses partenaires de toute poursuite, réclamation et demande découlant des octrois précédents, sauf ceux découlant de la négligence de la Commission des étudiants; et je consens à indemniser la Commission des étudiants de toute réclamation, frais, charge, dommage et dépense découlant de la violation du contrat ci-haut.

Signature : \_\_\_\_\_  
[Signature du participant]

Signature du témoin : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

# Antécédents médicaux

Cher participant :

Antécédents médicaux Pour nos registres, et pour vous protéger, veuillez remplir ce formulaire en donnant TOUS les renseignements demandés. Vous, ou votre parent ou tuteur légal si vous avez moins de 18 ans, devez signer ce formulaire.

**Ce formulaire doit être rempli si vous voulez participer à la conférence.**

VEUILLEZ REMPLIR ET IMPRIMER!

NOM: \_\_\_\_\_

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM

SECOND PRÉNOM

SEXE: \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_ ANNÉE: \_\_\_\_\_

CARTE D'ASSURANCE MALADIE : \_\_\_\_\_

COURRIEL: \_\_\_\_\_

ADRESSE PERMANENTE : \_\_\_\_\_

VILLE: \_\_\_\_\_ PROVINCE ou TERRITOIRE: \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE CELLULAIRE : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## PARENT OU TUTEUR DEVANT ÊTRE AVISÉ EN CAS D'ACCIDENT:

NOM DU PARENT OU TUTEUR : \_\_\_\_\_ LIEN: \_\_\_\_\_

ADRESSE PERMANENTE : \_\_\_\_\_

VILLE: \_\_\_\_\_ PROVINCE ou TERRITOIRE: \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE CELLULAIRE : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## MÉDECIN DE FAMILLE :

NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. VEUILLEZ COCHER LES MALADIES DONT VOUS AVEZ ÉTÉ ATTEINTS :

\_\_\_\_\_ Varicelle

\_\_\_\_\_ Maladies du coeur

\_\_\_\_\_ Polio

\_\_\_\_\_ Diphtérie

\_\_\_\_\_ Grippe A

\_\_\_\_\_ Pneumonie

\_\_\_\_\_ Diabète

\_\_\_\_\_ Rougeole

\_\_\_\_\_ Fièvre rhumatismale

\_\_\_\_\_ Épilepsie

\_\_\_\_\_ Mononucléose

\_\_\_\_\_ Amygdalite

\_\_\_\_\_ Rubéole

\_\_\_\_\_ Oreillons

2. VEUILLEZ COCHER LES AFFECTIONS DONT VOUS AVEZ ÉTÉ ATTEINTS OU ÊTES ATTEINTS :

AFFECTION	PASSÉ	AUJOURD'HUI	AFFECTION	PASSÉ	AUJOURD'HUI	AFFECTION	PASSÉ	AUJOURD'HUI
Infections oreilles	___	___	Problèmes de digestion	___	___	Asthme	___	___
Perte auditive	___	___	Étourdissements	___	___	Maux de tête	___	___
Pertes de connaissance	___	___	Fièvre des foies	___	___	Saignements du nez	___	___
Convulsions	___	___	Migraines	___	___	Perte de vue	___	___

LISTE DE LA MÉDICATION ACTUELLE :

REMARQUES ADDITIONNELLES :

**MÉDICATION/ALLERGIES :**

1. AVEZ-VOUS EU UNE MAUVAISE RÉACTION À CE QUI SUIT ET SI OUI, QUAND :

- |                                    |                  |
|------------------------------------|------------------|
| ___ Pénicilline                    | ___ Sulfamide    |
| ___ Sérum chevalin (antitétanique) | ___ Autre drogue |

2. ÊTES-VOUS ALLERGIQUE À DES DROGUES, ALIMENTS, ANIMAUX? SI OUI, DRESSER LA LISTE :

3. AVEZ-VOUS DES RESTRICTIONS ALIMENTAIRES? (VÉGÉTARIEN, VÉGÉTALIEN, HALAL...):

**IMMUNISATIONS : 1. QUELS VACCINS ET IMMUNISATIONS AVEZ-VOUS REÇUS?**

TYPE	APPROXIMATE DATE	TYPE	APPROXIMATE DATE
___ Oreillons	_____	___ Typhoïde	_____
___ Rougeole	_____	___ Diphtérie	_____
___ Rubéole	_____	___ Variole	_____
___ Coqueluche	_____	___ Tétanos	_____
___ Grippe A/rhumes	_____	___ Polio	_____

GÉNÉRAL: SI LA FRÉQUENCE OU LE TYPE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE À LAQUELLE VOUS POUVEZ VOUS ADONNER SONT LIMITÉS, VEUILLEZ DÉCRIRE ET EXPLIQUER. DÉCRIRE AUSSI TOUTE EXIGENCE DIÉTÉTIQUE SPÉCIALE :

**SIGNATURE DU PARTICIPANT :**

\_\_\_\_\_

**SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR :**

\_\_\_\_\_

**DATE :** \_\_\_\_\_

**DATE :** \_\_\_\_\_