



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

**Veillez apposer votre signature en A et B:**

**A) Consentement à la participation:** Je consens à ce que \_\_\_\_\_ **[Nom du participant]** participe à la Conférence des Jeunes décideurs, 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 cout découlant de la participation à toute activité non organisée par la Conférence ou en lien avec celle-ci.

X \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Signature

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

**B) Consentement au traitement médical d'urgence:** Je, \_\_\_\_\_ **[Nom du parent ou tuteur légal]**, 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 (Signature du parent ou du tuteur légal si moins de 18 ans)*

# LA COMMISSION DES ÉTUDIANTS & LES CENTRES DES JEUNES CANADA

Le Centre d'excellence pour l'engagement des jeunes

## 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 ordinairement 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 que tu restes toujours avec ton compagnon ou ta compagne.
- Que les participants(es) attachent visiblement à leur corsage leur insigne (name tag) et ce, en tout temps, pour des raisons d'identification à l'usage des administrateurs et des gens des médias.
- Que nous laissons les lieux comme nous les avons trouvés.
- Que toute blessure, infection virale ou autre indisposition soient rapportées au bureau et mentionnées aux animateurs.
- Les relations sexuelles sont interdites.
- Que tout participant suit 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 : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

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





### BUREAU CENTRAL

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

### EASTERN HUB

**St. Thomas University**  
Centre for Research on Youth  
at Risk/Youth Matters  
c/o Dr. Susan Reid  
51 Dineen Drive  
Fredericton, NB, E3B 5G3  
Tel: (506) 452-0456

### WESTERN HUB

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

### PRAIRIE HUB

**Saskatoon**  
Core Neighbourhood Youth  
Co-op (CNYC)  
Dave Shanks  
Tel: (306) 665-3889  
Nutana Collegiate Institute  
Saskatchewan Prevention  
Institute

### CENTRE of EXCELLENCE FOR YOUTH ENGAGEMENT PARTNERS

**Brock University**  
Dr. Linda Rose-Krasnor,  
Department of Psychology

**SPEG, Queen's University**  
Dr. John Freeman  
Faculties of Education,

**Wilfrid Laurier University**  
Dr. Mark Pancer  
Department of Psychology

**St. Mary's University**  
Dr. David Bourgeois,  
Department of Psychology

**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  
Tel: (807) 622-4666  
manwoyc@tbaytel.net

**Youth Centres Canada**  
Les Voakes  
P.O. Box 729, Merrickville,  
ON, K0G 1N0

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

## Décharge et Licence - Sans frais

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

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 TÉMOIN :** \_\_\_\_\_

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

# LA COMMISSION DES ÉTUDIANTS ET LES CENTRES DES JEUNES CANADA

## Antécédents médicaux

*Cher participant :*

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 : \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

**PARENT OU TUTEUR À AVISER EN CAS D'ACCIDENT :**

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 :

<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Maladies du coeur	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Diphtérie	<input type="checkbox"/> Grippe A	<input type="checkbox"/> Pneumonie
<input type="checkbox"/> Diabètes	<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Fièvre rhumatismale
<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Mononucléose	<input type="checkbox"/> Amygdalite
<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Oreillons	

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

AFFECTION	PASSÉ À CE JOUR	AFFECTION	PASSÉ À CE JOUR
Infections oreilles	_____	Fièvre des foins	_____
Perte auditive	_____	Migraines	_____
Pertes de connaissance	_____	Asthme	_____
Convulsions	_____	Maux de tête	_____
Problèmes de digestion	_____	Saignements du nez	_____
Étourdissements	_____	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	_____
_____ Polio	_____		
_____ Grippe A/rhumes	_____		

GÉNÉRAL: SI LA QUANTITÉ OU LE TYPE D'EXERCICE PHYSIQUE AUQUEL 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:** \_\_\_\_\_