



FORMULAIRE D'INSCRIPTION | REGISTRATION FORM

S.V.P. COMPLÉTER CE FORMULAIRE, LE SIGNER ET LE REMETTRE À VOTRE RESPONSABLE JEUNESSE. SI VOUS AVEZ MOINS DE 18 ANS, NOUS EXIGEONS LA SIGNATURE DU PÈRE, DE LA MÈRE OU DU TUTEUR. /// PLEASE COMPLETE THIS FORM, SIGN AND RETURN IT TO YOUR YOUTH LEADER. IF YOU ARE UNDER 18 YEARS OF AGE, THE SIGNATURE OF YOUR FATHER, MOTHER, OR TUTOR IS REQUIRED.

NOM NAME _____		RESPONSABLE PRINCIPAL DE JEUNESSE PRIMARY YOUTH LEADER _____	
ADRESSE ADDRESS _____ _____		TÉLÉPHONE TELEPHONE _____	E-MAIL _____
ÉGLISE CHURCH _____		DATE DE NAISSANCE DATE OF BIRTH _____	
CARTE DE L'ASSURANCE MALADIE HEALTH CARD _____		ÂGE AGE _____	
MALADIES OU AUTRES HEALTH OR OTHER CONCERNS <input type="checkbox"/> ASTHME ASTHMA <input type="checkbox"/> DIABÈTE DIABETES <input type="checkbox"/> CHIRURGIE RÉCENTE RECENT SURGERY <input type="checkbox"/> HYPERVENTILATION HYPERVENTILATION <input type="checkbox"/> ALLERGIES <input type="checkbox"/> GROSSESSE PREGNANCY <input type="checkbox"/> AUTRES OTHER <input type="checkbox"/> ÉVANOUISSEMENT FAINTING SPELLS <input type="checkbox"/> ÉPILEPSIE EPILEPSY <input type="checkbox"/> SAIGNEMENT DE NEZ NOSE BLEEDS <input type="checkbox"/> CLAUSTROPHOBIE CLAUSTROPHOBIA <input type="checkbox"/> HYPOGLYCÉMIE HYPOGLYCAEMIA <input type="checkbox"/> CARDIAQUE HEART		JE M'ENGAGE À RESPECTER TOUS LES RÈGLEMENTS DU RALLIEMENT JEUNESSE. JE SERAI RESPONSABLE DE TOUS LES DOMMAGES QUE J'AURAI CAUSÉS À LA PROPRIÉTÉ. CETTE RESPONSABILITÉ SERA CELLE DE MES PARENTS SI JE SUIS MINEUR(E). I PROMISE TO RESPECT THE RULES OF THE YOUTH RALLY. I WILL BE RESPONSIBLE TO PAY FOR ANY DAMAGES DONE TO THE PROPERTY. AS A MINOR, ANY DAMAGES WILL BE THE RESPONSIBILITY OF MY PARENTS. SIGNATURE DU PARTICIPANT PARTICIPANT'S SIGNATURE _____	
PROCÉDURES À PRENDRE EMERGENCY PROCEDURES _____ _____ _____		NOTE AUX PARENTS NOTE TO PARENTS: DANS LE CAS D'UNE EXPULSION, LES PARENTS ET LE PASTEUR SERONT AUSSITÔT AVISÉS. CROYANT EN UNE ATTITUDE CHRÉTIENNE DE LA PART DE CHACUN, NOUS PENSONS QUE CELA NE SERA PAS NÉCESSAIRE. MERCI DE LA CONFIANCE QUE VOUS NOUS ACCORDÉE. IN THE EVENT A STUDENT IS EXPELLED, PARENTS AND PASTOR WILL BE ADVISED IMMEDIATELY. WE BELIEVE THAT ALL WILL SHOW A CHRISTIAN ATTITUDE, AND THAT SUCH MEASURES WILL NOT BE NECESSARY. THANK YOU FOR YOUR CONFIDENCE IN US.	
TÉLÉPHONE D'URGENCE EMERGENCY CONTACT NUMBER _____		I HEREBY AUTHORIZE MY CHILD TO PARTICIPATE IN THE "ONE" YOUTH CONFERENCE AND I ALSO AUTHORIZE THE DIRECTORS OF THE CONFERENCE TO CARRY OUT ANY/ALL APPROPRIATE NURSING PROCEDURES ON HIM/HER. IF THE DIRECTORS DEEM IT NECESSARY, I AUTHORIZE THE TRANSPORTATION OF MY CHILD, BY AMBULANCE OR OTHERWISE, TO A HOSPITAL OR CENTER FOR LOCAL COMMUNITY SERVICES. ALSO, IF IT IS IMPOSSIBLE TO REACH ME, I AUTHORIZE THE DOCTOR CHOSEN BY THOSE IN AUTHORITY AT THE YOUTH CONFERENCE TO CARRY OUT ALL MEDICAL PROCEDURES THAT MAY BE REQUIRED BY MY CHILD, INCLUDING INJECTIONS, SURGICAL PROCEDURES, ANESTHETICS AND HOSPITALIZATION. I ACCEPT RESPONSIBILITY FOR INHERENT COSTS RELATED TO SUCH HEALTH SERVICES. PARENT OR GUARDIAN'S SIGNATURE _____	
EN SIGNANT LE PRÉSENT FORMULAIRE, J'AUTORISE MON ENFANT À PARTICIPER À LA CONFÉRENCE DE JEUNESSE « ONE » ET J'AUTORISE LA DIRECTION DE LA CONFÉRENCE À LUI PRODIGUER TOUS LES SOINS INFIRMIERS APPROPRIÉS. SI LA DIRECTION LE JUGE NÉCESSAIRE, J'AUTORISE LE TRANSPORT DE MON ENFANT PAR AMBULANCE OU AUTREMENT, VERS UN CENTRE HOSPITALIER OU DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE. DE PLUS, S'IL EST IMPOSSIBLE DE ME JOINDRE, J'AUTORISE LE MÉDECIN CHOISI PAR LES AUTORITÉS DU RALLIEMENT JEUNESSE À PRODIGUER À MON ENFANT TOUS LES SOINS MÉDICAUX REQUIS PAR SON ÉTAT, Y COMPRIS DES INJECTIONS, LA PRATIQUE D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE, L'ANESTHÉSIE ET L'HOSPITALISATION. J'ACCEPTE DE DÉFRAYER LES COÛTS INHÉRENTS AUXDITS SOINS DE SANTÉ. SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR _____			