

**Formulaire d'inscription 20\_\_\_\_-20\_\_\_\_**

Chaque jeune participant à un programme doit remplir et retourner ce formulaire.

Nom du (des) groupe(s) demandé(s) par le jeune : \_\_\_\_\_

Nom du jeune : \_\_\_\_\_

Noms des parents : \_\_\_\_\_

Adresse complète (avec code postal) : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Tél. en cas d'urgence (autre que domicile) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

École : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

No. d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Allergies (si connues) : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant doit être escorté de l'école à la Maison des jeunes ?  Non  Oui

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Veuillez m'envoyer les nouvelles du CAB par courriel électronique.

Informations pertinentes que vous désirez nous communiquer : \_\_\_\_\_

Les règlements de la Maison des jeunes sont joints au formulaire d'inscription. Nous vous invitons à les lire et à en discuter avec votre garçon et/ou votre fille. Nous vous suggérons de les laisser à la vue du jeune (sur le réfrigérateur). Nous vous remercions de signer le présent formulaire et de le retourner à la Maison des jeunes.

**ENGAGEMENT :**

J'ai lu les règlements des différents programmes de la Maison des jeunes du CABMN et j'en ai discuté avec mon jeune.

Je dégage le CABMN, ses employés et ses bénévoles de toute responsabilité en cas d'accident ou de blessure subis par mon jeune. J'autorise le CABMN à demander l'aide appropriée si mon enfant nécessite des soins d'urgence.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du jeune





## Formule de consentement et de renonciation

Je, soussigné(e), autorise le Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (Maison des jeunes) à utiliser les images de mon enfant et les enregistrements de sa voix qui se trouvent dans les photos, vidéos, enregistrements sonores ou autres matériaux qui peuvent être reproduits, communiqués ou diffusés auprès du public, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soient. Je comprends qu'aucune compensation financière ou autre ne sera accordée en échange. Je renonce à tout droit moral lié aux matériaux énumérés ci-dessus et je libère le Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord de toute responsabilité ou dommage résultant de la publication de ces matériaux ou liés à une telle publication.

Nom(s) de l'enfant ou des enfants

---

---

---

---

---

Signature du parent ou tuteur

Date

## 20\_\_-20\_\_ Registration Form

This form must be filled out and returned by any youth attending our programs.

Name of CABMN group(s) that your child participates in: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Youth's Name: \_\_\_\_\_

Parent's Names: \_\_\_\_\_

Address (complete with postal code): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

Emergency Number (in case you cannot be reached): \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Medicare Number: \_\_\_\_\_

Allergies (if any): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Does your child need to be escorted from the school to the Youth Centre?  No  Yes

Email Address: \_\_\_\_\_

Please send me CAB news by email.

Any information you would like us to know: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Attached to this registration form is a list of Youth Centre and CABMN Dance Rules. Please be sure to read them and share them with your son or daughter. We suggest posting them on the refrigerator. We ask that you please sign the following after reading the rules and return this completed form to the Youth Centre. Thank you!

### IN AGREEMENT:

I have read the rules regarding the CABMN Youth Centre, its programs and dances. I have shared these rules with my son or daughter.

I also agree that I will not hold the CABMN, its staff or volunteers responsible should an accident or injury involving my child occur. I give the CABMN my permission to seek the help necessary should my child be in a medical emergency and need assistance.



\_\_\_\_\_  
 Parent's Signature

\_\_\_\_\_  
 Date

\_\_\_\_\_  
 Youth's Signature





## Consent and Waiver Form

I agree to allow the Missisquoi North Volunteer Centre (Youth Centre) to use my child's likeness in materials such as photos, videos, sound recording or other materials which may be reproduced, communicated or distributed to the public in any form and by any means. I understand that no financial or other compensation will be granted in exchange for the above. I hereby waive all moral right associated with above materials and I release the Missisquoi North Volunteer Centre from any liability or damages resulting from or connected with the publication of such materials.

Name(s) of child(ren):

---

---

---

---

---

Signature of parent or guardian

Date