



Le document est écrit au masculin pour alléger le texte.

# Formulaire d'inscription

\*\* Le formulaire doit être complété en caractères d'imprimerie \*\*

## Identification de l'étudiant

Prénom de l'étudiant: \_\_\_\_\_

Nom de l'étudiant: \_\_\_\_\_

Année de naissance: \_\_\_\_\_

Genre: \_\_\_\_\_

## Coordonnées

Adresse: \_\_\_\_\_

Adresse 2 (appartement, résidence...): \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_

Téléphone résidentiel: \_\_\_\_\_

Téléphone mobile: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_



Le document est écrit au masculin pour alléger le texte.

## Personne à contacter en cas d'urgence

Prénom: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Téléphone résidentiel: \_\_\_\_\_

Téléphone mobile: \_\_\_\_\_

Lien avec la personne: \_\_\_\_\_

## Questions relatives à la santé

Numéro d'assurance maladie: \_\_\_\_\_

Est-ce que vous souffrez d'allergies: \_\_\_\_\_

Si oui, veuillez préciser lesquelles: \_\_\_\_\_

Y a-t-il un traitement que nous devons administrer en cas d'urgence:

\_\_\_\_\_

Y a-t-il quelque chose que nous devons savoir concernant la santé de votre santé: \_\_\_\_\_

Je confirme que les informations fournies sont exactes et je m'engage à vous informer de tous changements.

Nom (en caractères d'impression): \_\_\_\_\_

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

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



# Formulaire de consentement pour les mineurs

J'autorise, par la présente, la diffusion de toute image ou vidéo de mon enfant mineur, en tout ou en partie, individuellement ou avec d'autres images ou vidéos sur le site Web de L'École de danse et d'arts Christiane Raymond INC. et sur d'autres sites officiels, ainsi qu'à des fins médiatiques, y compris lors de présentations promotionnelles et de campagnes de publicité. J'autorise également la diffusion et l'utilisation de tout matériel média créé par mon enfant au nom de L'École de danse et d'arts Christiane Raymond INC.

Je renonce à mon droit à la protection des renseignements personnels et à toutes compensations auxquelles je pourrais avoir droit en lien avec l'utilisation du nom de mon enfant, y compris les droits sur une copie écrite découlant de la production, de la modification et de la promotion d'une vidéo.

Je suis âgé de plus de 19 ans et je suis le parent ou le tuteur légal de l'enfant. J'ai lu et pris connaissance du présent formulaire et j'en connais le contenu.

Nom du parent ou du tuteur (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

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

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

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



# Attestation symptômes

Par la suivante, je comprends que l'accès à l'École de danse et d'arts Christiane Raymond INC. se verra refusé à tous les participants qui présentent des symptômes associés à la maladie. L'accès sera également refusé à tous les participants dont les parents ou autre personne de la même résidence présentant ces symptômes ou qui sont déjà placés en isolement en raison de la COVID-19. Je m'engage par le fait même à informer l'École de danse et d'arts Christiane Raymond INC. de l'absence de mon enfant aux activités.

Les principaux symptômes de la COVID-19 sont les suivants :

- Fièvre
  - chez l'enfant : 38 °C (100,4 °F) et plus (température rectale),
  - chez l'adulte : 38 °C (100,4 °F) et plus (température buccale),
  - chez la personne aînée : 37,8 °C (100 °F) et plus (température buccale),
  - ou 1,1 °C de plus que la valeur habituelle d'une personne;
- Apparition ou aggravation d'une toux
- Difficultés respiratoires
- Perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale, avec ou sans perte de goût

Les symptômes peuvent être légers (similaires à un rhume) ou plus sévères (tels que ceux associés à la pneumonie et à l'insuffisance pulmonaire ou rénale).

Nom de l'enfant (en caractère d'impression): \_\_\_\_\_

Nom du parent (en caractère d'impression): \_\_\_\_\_

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

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