

# Trousse d'inscription aux programmes pour les jeunes

## INFORMATION SUR LE PARTICIPANT

Prénom	Nom de famille	Pronoms d'usage (il, elle, iel...)
Lien avec le membre militaire/vétérant		
Langue préférée		
<input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> bilingue AN/FR		
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)		
Adresse postale		
Comment avez-vous entendu parler de ce programme/service? (Choisissez une seule option)		
<input type="checkbox"/> Médias sociaux <input type="checkbox"/> Membre du personnel du CRFM <input type="checkbox"/> Site web <input type="checkbox"/> Processus de déploiement <input type="checkbox"/> Stand/présentation du CRFM <input type="checkbox"/> Bouche à oreilles <input type="checkbox"/> Guide communautaire/ <input type="checkbox"/> Infolettre du CRFM <input type="checkbox"/> Base/unité/escadre <input type="checkbox"/> Formulaire d'arrivée/départ      brochure/affiche <input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/> Autre organisme (précisez) : _____ <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____		

## INFORMATION DU PARENT/TUTEUR.E MILITAIRE/VÉTÉRAN

Prénom	Nom de famille	Pronoms d'usage (il, elle, iel...)
Unité	Matricule (3 derniers chiffres)	
<input type="checkbox"/> Force régulière <input type="checkbox"/> Réserviste <input type="checkbox"/> Vétérant		
Langue préférée		
<input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> bilingue AN/FR		
Adresse courriel personnelle	Téléphone principal	Téléphone secondaire
Méthode de contact préférée		
<input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Téléphone principal <input type="checkbox"/> Téléphone secondaire      Peut-on laisser un message? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Adresse postale (rue, ville, province, code postal)		
<input type="checkbox"/> Même que celle de l'enfant (si différente de celle de l'enfant, veuillez fournir les informations ci-dessous)		

# Trousse d'inscription aux programmes pour les jeunes

## INFORMATION DU DEUXIÈME PARENT/TUTEUR.E

<b>Prénom</b>	<b>Nom de famille</b>	<b>Pronoms d'usage (il, elle, iel...)</b>
<b>Langue préférée</b>		
<input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> bilingue AN/FR		
<b>Adresse courriel personnelle</b>	<b>Téléphone principal</b>	<b>Téléphone secondaire</b>
<b>Méthode de contact préférée</b>		
<input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Téléphone principal <input type="checkbox"/> Téléphone secondaire      Peut-on laisser un message? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Adresse postale (rue, ville, province, code postal)</b>		
<input type="checkbox"/> Même que celle de l'enfant (si différente de celle de l'enfant, veuillez fournir les informations ci-dessous)		
<b>Si vous êtes aussi un membre des FAC</b>		
<b>Unité</b>	<b>Matricule (3 derniers chiffres)</b>	
<input type="checkbox"/> Force régulière <input type="checkbox"/> Réserviste <input type="checkbox"/> Vétéran		

## CONTACT D'URGENCE (EN CAS OÙ LES PARENTS/TUTEUR.ES NE SOIENT PAS JOIGNABLES)

<b>Prénom</b>	<b>Nom de famille</b>	<b>Pronoms d'usage (il, elle, iel...)</b>
<b>Lien avec le jeune</b>	<b>Téléphone principal</b>	

## PROGRAMMES FRÉQUENTÉS PAR LE JEUNE

<b>Programmes pour les jeunes du CRFM (choisissez tous les programmes fréquentés)</b>	
<input type="checkbox"/> Coin connexions pour les enfants (6 à 8 ans) <input type="checkbox"/> Les ados en charge (13 à 17 ans)	<input type="checkbox"/> Zone d'exploration pour les jeunes (9 à 12 ans) <input type="checkbox"/> Programme libre pour les jeunes (6 à 17 ans)
*Les frais sont établis par programme. Veuillez consulter la page <a href="http://SBMFC.ca/Edmonton/ProgrammesCRFM">SBMFC.ca/Edmonton/ProgrammesCRFM</a> pour plus de détails sur les coûts associés à chaque programme.	
<b>Souhaitez-vous faire partie d'une liste de distribution électronique pour connaître les futurs jours/heures des programmes?</b>	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Adresse courriel :

# Trousse d'inscription aux programmes pour les jeunes

## POLITIQUE D'INCLUSION

Les jeunes viennent de différents héritages (racial, éthique, social, économique, linguistique, religieux, orientation sexuelle... etc). Le CRFM s'assure d'offrir un environnement accueillant pour tout le monde.

Si un jeune a besoin de soutien supplémentaire, la superviseure du programme et l'équipe des programmes pour les jeunes travailleront avec l'enfant, sa famille et les agences ou ressources communautaires appropriées afin de maximiser l'expérience du jeune et son potentiel personnel.

## HISTORIQUE DE SANTÉ

Le CRFM veut offrir un environnement accueillant pour tout le monde – de ce fait, nous accueillons tous les jeunes dans nos programmes pour les jeunes. Toute information apportée peut aider l'équipe à connaître les stressés, les zones d'inquiétude, de confort et comment travailler au mieux avec les besoins et les habilités des jeunes afin de maximiser leur expérience.

Veuillez noter toute allergie, condition médicale et/ou défis au niveau du comportement/développement que votre enfant pourrait avoir :

---

---

Veuillez décrire les conditions médicales de votre enfant (si applicable) :

---

---

Que devrait savoir le personnel des programmes pour les jeunes sur votre enfant qui pourrait affecter sa participation au programme?  
(ex :comportements, limites que votre enfant pourrait avoir, accommodations dont votre enfant pourrait avoir besoin).

---

---

Y a-t-il d'autres informations ou instructions qui pourraient aider le personnel des programmes pour les jeunes à mieux soutenir votre enfant dans nos programmes?

---

---

Est-ce que votre enfant a besoin de médication?

- Oui – administrée à la maison       Non

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Raison : \_\_\_\_\_

# Trousse d'inscription aux programmes pour les jeunes

## INFORMATION SUR LES ALLERGIES

Qu'est-ce qui pourrait faire réagir votre enfant?

- Toucher (contact direct avec l'allergène)
- Contact indirect (contact avec ou être en présence d'une personne qui a consommé ou transporté l'allergène, ou a été en contact avec une surface contaminée par l'allergène)
- Ingestion (consommation orale de l'allergène)

Quelles réactions l'enfant a eu dans le passé?

Anaphylactique :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Difficultés à respirer ou avaler | <input type="checkbox"/> Gonflement de la langue/lèvres     |
| <input type="checkbox"/> Perte de conscience              | <input type="checkbox"/> Rougeurs sur le visage ou le corps |
| <input type="checkbox"/> Étourdissements                  | <input type="checkbox"/> Vomissements ou diarrhées sévères  |
| <input type="checkbox"/> Peau pâle ou bleutée             |   |

Autre :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sifflements de la respiration                  | <input type="checkbox"/> Perte d'énergie                    |
| <input type="checkbox"/> Crampes/douleurs abdominales                   | <input type="checkbox"/> Rougeurs sur le visage             |
| <input type="checkbox"/> Douleurs ou serrement de la poitrine           | <input type="checkbox"/> Rougeurs sur le corps              |
| <input type="checkbox"/> Vertiges (vertigo)                             | <input type="checkbox"/> Démangeaisons                      |
| <input type="checkbox"/> Réchauffement du visage                        | <input type="checkbox"/> Congestion nasale/écoulement nasal |
| <input type="checkbox"/> Nausées/vomissements                           | <input type="checkbox"/> Gorge irritée/douloureuse          |
| <input type="checkbox"/> Palpitations cardiaques                        | <input type="checkbox"/> Yeux larmoyants ou irrités         |
| <input type="checkbox"/> Gonflement du visage, des yeux ou de la langue | <input type="checkbox"/> Autre : _____                      |

## En cas d'urgence

### URGENCE GÉNÉRALE

En apposant mes initiales ci-dessous, je donne au personnel du programme pour les jeunes du CRFM d'Edmonton la permission d'obtenir les premiers soins immédiats qui pourraient être nécessaires en cas que mon enfant est sous la garde du CRFM, y compris tout transport nécessaire (accompagné d'un membre du personnel). Je reconnais que le personnel du CRFM et tout médecin appelé à fournir des soins médicaux à mon enfant s'appuieront sur les renseignements contenus dans le présent document concernant la médication de mon enfant. Je comprends que je serai responsable de payer tous les frais médicaux encourus.

Initiales du parent/tuteur.e : \_\_\_\_\_

### RÉACTION ALLERGIQUE SÉVÈRE

Mon enfant est sévèrement allergique à : \_\_\_\_\_

En apposant mes initiales ci-dessous, je donne au personnel du programme pour les jeunes du CRFM d'Edmonton la permission d'administrer de l'épinéphrine à mon enfant, même si ses symptômes sont bénins après avoir été en contact avec cet allergène.

Si de l'épinéphrine a été administrée, le personnel du programme pour les jeunes devra :

- Appeler le 911 et prévenir la réception
- Appeler le parent/tuteur.e
- Avertir la superviseuse du programme
- Surveiller le jeune

Initiales du parent/tuteur.e : \_\_\_\_\_

# Trousse d'inscription aux programmes pour les jeunes

## AUTORISATION D'ENTRÉE/SORTIE

Je donne la permission au CRFM d'autoriser mon enfant à quitter le programme pour les jeunes sans la présence d'un parent/tuteur.e (ex : aller au Canex, au skatepark, rentrer à pied à la maison... etc).

- Oui, je donne la permission       Non, je ne donne pas la permission

Initiales du parent/tuteur.e : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION D'UTILISATION DE JEUX VIDÉO

Nos programmes pour les jeunes ont plusieurs jeux vidéo jeux sur ordinateurs.

Je donne la permission à mon enfant de jouer aux jeux vidéo cotés\* (1 seul choix) :

- E- everyone (tout âge)       E10+ - Everyone (10 ans et plus)       T-Teen (ados)

*\*Les cotes sont assignées par le Entertainment Software Rating Board (ESRB)*

Initiales du parent/tuteur.e : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION DE VISIONNAGE DE FILMS

Nos programmes pour les jeunes ont plusieurs films.

Je donne la permission à mon enfant de regarder des films cotés\* (1 seul choix) :

- G – Visa général (tout âge)  
 PG – avis parental souhaité, pas de restriction d'âge mais le film peut avoir du contenu non approprié pour tous les enfants  
 14A – Les enfants de moins de 14 ans doivent être accompagnés d'un adulte

*\*Les cotes sont assignées par le Canadian Home Video Rating System*

Initiales du parent/tuteur.e : \_\_\_\_\_

## POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ DU CRFM

Les informations recueillies par le CRFM ne seront utilisées que pour les besoins du CRFM et seront strictement confidentielles, conformément au Code de protection des renseignements personnels du Programme des services aux familles des militaires. Les renseignements personnels ou de nature confidentielle ne seront pas fournis à une tierce partie ou à une organisation sans l'autorisation écrite de la première partie, à moins que la loi ne l'exige.

# Trousse d'inscription aux programmes pour les jeunes

## Consentement du parent/ tuteur.e

1. Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'aviser le personnel du CRFM de toute inquiétude médicale ou problème de santé concernant mon enfant, qui pourrait affecter sa participation aux programmes pour les jeunes du CRFM. \_\_\_ initiales
2. Je comprends que le CRFM est responsable de mon enfant durant le temps de sa participation à un programme pour les jeunes du CRFM. Si mon enfant a la permission de sortir durant le programme et a choisi de partir avant la fin de celui-ci, le personnel le marquera comme ayant quitté avant la fin. \_\_\_ initiales
3. Je comprends que le personnel des programmes pour les jeunes fera son possible pour superviser l'utilisation d'internet, mais il est de la responsabilité de mon enfant de ne pas accéder à des sites inappropriés. \_\_\_ initiales
4. Je comprends que lorsque mon enfant participe à l'un des programmes pour les jeunes du CRFM, les politiques et procédures doivent être suivies et respectées ainsi que le code de conduite tel que décrit dans le manuel des programmes pour les jeunes du CRFM. \_\_\_ initiales
5. Je comprends que tous les efforts seront faits pour avertir les utilisateurs et les parents dans le cas où les heures changeraient. Cependant, dans certains cas, la fermeture d'un programme pourrait être nécessaire sans préavis. \_\_\_ initiales

En considération du fait que le Centre de ressources des familles militaires de la garnison d'Edmonton permet à mon enfant de participer aux programmes pour les jeunes du CRFM, nous, au nom de nos jeunes, héritiers, exécuteurs testamentaires, administrateurs, successeurs et ayants droit, renonçons à toute réclamation en dommages-intérêts que nous et nos jeunes pourrions avoir contre la Couronne du chef du Canada, le Centre de ressources des familles militaires de la garnison d'Edmonton, leurs officiers, membres, agents, employés et toutes les autres personnes dans l'exercice de leurs fonctions, agents, employés et toute autre personne impliquée de quelque façon que ce soit dans l'organisation, la planification, le contrôle, la direction ou l'administration dudit programme, ainsi que leurs héritiers, leurs serviteurs et les membres de leur famille pour toute perte causée que nos jeunes pourraient subir en participant au programme pour les jeunes du CRFM \_\_\_ initiales

Nous sommes conscients que le Centre de ressources des familles militaires d'Edmonton se réserve le droit de refuser l'admission à ses programmes pour les jeunes. Le personnel du CRFM s'efforcera de traiter efficacement tout comportement perturbateur. Toutefois, si ces tentatives échouent, le CRFM peut, en dernier recours, expulser le jeune du programme sans préavis. \_\_\_ initiales

## Signature du parent/tuteur.e

En signant ce document, je confirme avoir lu le manuel des programmes pour les jeunes du CRFM, incluant les politiques, les procédures et le code de conduite.

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

\_\_\_\_\_  
**Nom en lettres moulées du parent/tuteur.e**

\_\_\_\_\_  
**Signature du parent/tuteur.e**

\_\_\_\_\_  
**Nom en lettres moulées du parent/tuteur.e**

\_\_\_\_\_  
**Signature du parent/tuteur.e**

## Signature du jeune

En signant ce document, je confirme avoir lu et compris le manuel des programmes pour les jeunes. Je m'engage à suivre les politiques qui garantissent que les programmes pour les jeunes offrent un environnement sécurisant, accueillant et respectueux à tous les jeunes et les membres du personnel qui les fréquentent.

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

\_\_\_\_\_  
**Nom du jeune en lettres moulées**

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

# Énoncé de Confidentialité et de Consentement

**En signant ce document, je certifie avoir compris et consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes informations personnelles comme indiqué ci-dessus.**

Le CRFM effectue la collecte de renseignements personnels conformément aux articles 2 et 38 de la Loi sur la défense nationale, aux fins de l'exécution du Programme des services aux familles des militaires et du Programme pour les familles des vétérans (PFV), lesquels sont administrés par les Services aux familles des militaires (SFM), une division des Services de bien-être et moral des Forces canadiennes (SBMFC). Ces renseignements englobent le nom, les coordonnées, les renseignements biographiques, la date de naissance (lorsque nécessaire), le numéro d'identification militaire partiel, les caractéristiques physiques et la signature du client, ainsi que les opinions et points de vue du client ou concernant le client, et les services qui lui sont rendus.

Le CRFM et les SFM peuvent se servir de ces renseignements à des fins de production de rapports, d'audit, d'évaluation et de statistiques. Conformément au protocole d'entente en vigueur, les SBMFC fournissent des statistiques sur les usagers du PFV à Anciens Combattants Canada pour la présentation d'indicateurs de performance du programme au Secrétariat du Conseil du Trésor. Les données sont stockées dans le nuage sur un serveur hébergé au Canada par l'intermédiaire d'un système de gestion de cas d'Athena Software (fournisseur de service). L'information contenue dans le dossier d'un client peut être transférée à un CRFM avec le consentement écrit dudit client. Elle peut également être utilisée ou divulguée à des fins de communication et de prise de contact dans le cadre du PFV.

**Selon les lois applicables, les renseignements peuvent être divulgués dans les circonstances suivantes :**

- **Protection de l'enfant** – Si le CRFM a connaissance de maltraitance réelle ou potentielle envers un enfant, il est tenu par la loi de signaler la situation à l'organisme de protection de la jeunesse local
- **Préjudice à autrui** – Si le CRFM a connaissance de préjudices réels ou potentiels envers son personnel ou une autre personne, les codes d'éthique professionnelle et les normes de service exigent qu'il signale la situation aux autorités appropriées
- **Témoignage en cour** – Dans les situations susmentionnées, il est possible que le CRFM soit appelé à divulguer devant un tribunal de l'information qu'il aurait obtenue lors d'interactions avec le client

**Les renseignements personnels sont protégés et ne sont utilisés et divulgués qu'en conformité avec la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et les lois provinciales et territoriales auxquelles les CRFM doivent se conformer, tel qu'il est décrit ci-dessus** Les renseignements personnels sont protégés et ne sont utilisés et divulgués qu'en conformité avec la Loi sur la protection des renseignements personnels et les lois provinciales et territoriales auxquelles les CRFM doivent se conformer, tel qu'il est décrit ci-dessus.

Pour obtenir des précisions concernant le présent énoncé, veuillez contacter le coordonnateur de l'accès à l'information des SBMFC, à [ATIP.AIPRP@sbmfc.com](mailto:ATIP.AIPRP@sbmfc.com). Pour en savoir sur la Loi sur la protection des renseignements personnels, veuillez consulter le site Web du [Commissariat à la protection de la vie privée du Canada](#).

**En signant le présent énoncé, je confirme que je l'ai lu et compris que je consens à la collecte, à l'utilisation, et à la divulgation de mes renseignements personnels, conformément aux points ci-dessus.**

\_\_\_\_\_  
Nom du participant/des participants

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du parent/tuteur.e en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur.e

\_\_\_\_\_  
Nom du parent/tuteur.e en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur.e