

SOMMET CANADIEN DE LA JEUNESSE ADVENTISTE

Du 18 au 22 Septembre 2019

Hôtel Pur, Ville de Québec, Québec

PRÉ-REQUIS POUR L'INSCRIPTION

Tous les participants doivent avoir au moins 16 ans. En soumettant le formulaire avec le paiement, le participant accepte de respecter les règles de conduite générale de l'Église. Retournez ce formulaire avec les frais de participation de 350 \$ avant le 6 Septembre 2019 ou lorsque nous aurons atteint le nombre maximal de 100 personnes par courriel à atheodore@sdaqc.org.

Mode de paiement:

Carte de crédit: Visa Master Card Nom du titulaire de la carte: _____

Numéro de la carte: _____ Carte d'expiration: _____

INFORMATION PERSONNELLE

Nom: _____

Adresse: _____

Téléphone: (____) _____ Courriel: _____

Date de naissance: _____ Âge: _____

Homme Femme Délégué de jeunesse Sponsor/Volontaire Conjoint d'un participant

Grandeur du chandail: P/S M G/L TG/XL Repas: Végétarien Végétalien

Voudrait partager la chambre de _____ Fréquente l'Église de _____

Noms du/des parent(s) ou tuteur(s) _____

Autre personne à contacter: _____ Lien de parenté: _____

Téléphone à la maison: (____) _____ Téléphone le jour/cellulaire (____) _____

DOSSIER SANTÉ ET INFORMATION MÉDICALE

Médecin: _____ Téléphone au bureau (____) _____

Numéro carte d'assurance maladie: _____ Date d'expiration: _____

Besoins spéciaux: _____

HISTORIQUE

- Maux de gorge Somnambulisme
- Sinusite Problèmes cardiaques
- Bronchite Diabète
- Asthme Évanouissement
- Mouille son lit Maux d'estomac
- Convulsions Aliments spéciaux
- Problèmes rénaux

ALLERGIES

- Médicaments Plantes Animaux
- Aliments Piqûres d'abeille/Insecte
- Antidote:** Benadryl Anakit
- Epikit Autre
- Administré par Infirmier Soi-même
- Autre: _____

MÉDICAMENTS

En prenez-vous en ce moment?

Oui Non Expliquez:

Nom du médicament: _____

Posologie: _____

Heure: _____

Permission d'administrer:

Tylenol régulier Aspirin Nil

Les participants, dans leur comportement, leur façon de se vêtir, le langage et le divertissement, adhéreront aux standards conventionnels de l'Église Adventiste du Septième Jour au cours de leur voyage, que ce soit à l'aller ou au retour, et durant le Sommet de la Jeunesse. Afin de maintenir une bonne hygiène de vie sans drogue, les participants ne boiront pas de breuvages alcoolisés et ne prendront pas de tabac. Je comprends que les participants peuvent être photographiés ou pris sur vidéo et je cède tous mes droits de publication ou de publicité.

En tant que tuteur légal, j'accepte les conditions stipulés, incluant la décharge de responsabilité à l'égard de l'Église Adventiste du Septième Jour au Canada, ses fédérations en cas d'accident ou de maladie. En cas d'urgence, je donne la permission à l'infirmière ou le leader adulte choisi d'hospitaliser, d'administrer les traitements ou de commander des injections, anesthésie ou opération pour mon enfant. Si l'information médicale de l'appliquant change après la soumission de l'application, veuillez avertir le Département de la Jeunesse de la Fédération du Québec à atheodore@sdaqc.org.

Signature du participant: _____ Date: _____
(Jour/Mois/Année)

Signature du parent: _____ Date: _____
(Si âgé de moins de 18 ans) (Jour/Mois/Année)