

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION PROGRAMME PARASCOLAIRE

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

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ \*L'enfant doit être âgé d'au moins 6 ans pour être inscrit\*  
mois / jour / année

Adressé : \_\_\_\_\_

Rue

Ville

Province

Code postal

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

Nom du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_

Téléphone à la maison

Téléphone au travail

Téléphone cellulaire

- Lundis (20 avril – 8 juin mars / pas de cours 18 mai)  
 Mercredi (22 avril - 10 juin)  
 Jeudis (23 avril – 11 juin)

## Renseignements pour cas d'urgence

Personne à prévenir en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Tél. (maison) : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Tél. (travail) : \_\_\_\_\_

Autre personne à prévenir : \_\_\_\_\_

Tél. (maison) : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Tél. (travail) : \_\_\_\_\_

N° de carte Santé : \_\_\_\_\_

Code de version : \_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## Allergies

Votre enfant souffre-t-il d'allergie aux produits suivants?

Commentaires

Médicaments \_\_\_\_\_

Aliments \_\_\_\_\_

Piqûres d'abeille \_\_\_\_\_

Commentaires

Animaux \_\_\_\_\_

Beurre d'arachides \_\_\_\_\_

Autres \_\_\_\_\_

## Autres renseignements sur la santé de l'enfant

Veillez indiquer toute difficulté physique ou de comportement dont le personnel devrait être au courant.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Votre enfant prend-il des médicaments?  Oui  Non

Maladie/Affection	Médicament	Dose	Heure

---

## Consentement

Je comprends qu'en participant au Program Parascolaire, mon enfant s'adonnera à des activités physiques et que, par conséquent, il risque de se blesser. En cas d'urgence, j'autorise le médecin de l'urgence de l'établissement choisi par le personnel du camp à dispenser les soins nécessaires à l'enfant susnommé.

\_\_\_\_\_  
Initial

Je consens à ce que des photos de mon enfant servent à des fins publicitaires. Ces photos pourront être prises lors d'activités qui se dérouleront à l'intérieur et à l'extérieur de la BFC Borden dans le cadre du Program Parascolaire.

\_\_\_\_\_  
Initial

Programme d'arrivée et de départ sécuritaires : Chaque fois qu'un enfant arrive et qu'il le quitte en fin de journée, le parent/tuteur qui en a la responsabilité doit signer le registre. **Seule** la personne qui a signé le registre à l'arrivée est autorisée à le signer au départ, à moins qu'une entente particulière n'ait été conclue lors de la signature du registre. Des frais de garde supplémentaires de 5 \$ seront imposés pour chaque 10 minutes de retard après 17 h 00.

\_\_\_\_\_  
Initial

J'ai lu et je comprends les procédures relatives à l'EpiPen et aux médicaments. \_\_\_\_\_  
Initial

Je comprends qu'il existe des services d'intégration disponibles par l'intermédiaire du service des loisirs communautaires des PSP. Toutefois, si j'ai besoin de ces services pour mon enfant, je dois remplir et soumettre un dossier supplémentaire car les services sont disponibles selon le principe du premier arrivé, premier servi. [Recreation.Borden@cfmws.com](mailto:Recreation.Borden@cfmws.com).

\_\_\_\_\_  
Initial

La présente formule peut être reproduite. \_\_\_\_\_  
Initial

Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# DÉPART SÉCURITAIRE – PERSONNES AUTORISÉES PROGRAMME PARASCOLAIRE

Une personne responsable doit signer à l'arrivée de chaque enfant tous et à son départ tous les soirs. Seules les personnes autorisées identifiées dans le présent formulaire signer lors du départ des enfants le soir. Une pièce d'identité avec photo DOIT être montrée.

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

*VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT*

PRÉNOM ET NOM DE FAMILLE	LIEN AVEC L'ENFANT	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE



Code de conduite en matière de commotion cérébrale pour  
**LES ATHLÈTES ET LES PARENTS/TUTEURS LÉGAUX**  
(pour les athlètes de moins de 18 ans)



**J'aiderai à prévenir les commotions cérébrales comme suit :**

- En portant de manière appropriée l'équipement adapté à mon sport.
- En développant mes compétences et mes forces pour pouvoir participer au mieux de mes capacités.
- En respectant les règles du sport ou de l'activité que je pratique.
- Par mon engagement pour le fair-play et le respect de tous (le respect des autres athlètes, entraîneurs, soigneurs de l'équipe et représentants officiels).\*

**Je veillerai à ma santé et à ma sécurité en prenant les commotions cérébrales au sérieux. D'ailleurs, je comprends ce qui suit :**

- Une commotion cérébrale est une blessure au cerveau qui peut avoir des effets à court terme et à long terme.
- Un choc porté à la tête, au visage, au cou ou au corps qui déplace le cerveau dans le crâne peut provoquer une commotion cérébrale.
- Une commotion cérébrale ne se manifeste pas forcément par une perte de connaissance.
- Je m'engage à reconnaître les signes d'une commotion cérébrale et à signaler tout cas s'y rapportant, notamment si je suis directement concerné(e), mais aussi à informer la personne désignée lorsque l'on soupçonne une commotion cérébrale chez un autre individu.\*  
*(Autrement dit : Si je pense souffrir d'une commotion cérébrale, je dois arrêter **immédiatement** de participer à l'exercice, à l'entraînement ou à la compétition, ou avertir un adulte si je pense qu'un autre athlète souffre d'une commotion cérébrale.)*
- En cas de commotion cérébrale, la poursuite de l'exercice, de l'entraînement ou de la compétition augmente le risque de développer des symptômes plus graves et plus durables, ainsi que le risque de subir d'autres blessures.

**Je ne cacherai pas les symptômes suggérant une commotion cérébrale. J'en parlerai, pour moi et pour les autres.**

- Je ne cacherai pas mes symptômes. Si je présente un **quelconque** symptôme suggérant une commotion cérébrale, j'en parlerai à un entraîneur, un représentant officiel, un soigneur de l'équipe, un parent ou un autre adulte en qui j'ai confiance.
- Si quelqu'un me parle de symptômes suggérant une commotion cérébrale ou si j'observe de tels symptômes chez quelqu'un, j'en parlerai à un entraîneur, un représentant officiel, un soigneur de l'équipe, un parent ou un autre adulte en qui j'ai confiance pour obtenir de l'aide.
- Je comprends que si je souffre d'une éventuelle commotion cérébrale, je serai écarté(e) de l'activité sportive et je ne pourrai pas reprendre l'exercice, l'entraînement ou la compétition avant d'avoir subi un examen médical effectué par un médecin ou un infirmier praticien et d'avoir obtenu l'autorisation médicale de reprendre l'exercice, l'entraînement ou la compétition.

## Exemple de Code de conduite en matière de commotion cérébrale pour **LES ATHLÈTES ET LES PARENTS/TUTEURS LÉGAUX**

(pour les athlètes de moins de 18 ans)



- Je m'engage à partager toutes les informations pertinentes concernant les incidents de mise en retrait avec l'école de l'athlète et toute autre organisation sportive auprès de laquelle l'athlète est inscrit(e). \* *(Autrement dit : Si l'on m'a diagnostiqué une commotion cérébrale, je comprends que le fait d'informer tous mes autres entraîneurs et professeurs de ma blessure les aidera à m'accompagner dans mon rétablissement.)*

### Je prendrai le temps de guérir car c'est important pour ma santé.

- Je comprends mon engagement visant à soutenir le processus de retour au sport.\* *(Je devrai respecter le protocole de retour au sport de mon organisation sportive.)*
- Je comprends que je dois obtenir l'autorisation médicale d'un médecin ou d'un infirmier praticien pour pouvoir reprendre l'exercice, l'entraînement ou la compétition.
- Je respecterai mes entraîneurs, les soigneurs de l'équipe, mes parents, les professionnels des soins de santé, ainsi que les médecins et les infirmiers praticiens, dans le cadre de ma santé et de ma sécurité.

**En signant ici, je reconnais avoir lu l'intégralité du présent Code de conduite en matière de commotion cérébrale et je m'engage pleinement à le respecter.**

Athlète :

Parent/Tuteur légal :  
*(pour les athlètes de moins de 18 ans)*

Date :

*Si votre organisation sportive a adopté des politiques concernant (a) la tolérance zéro, (b) la disqualification obligatoire pour un jeu déloyal très risqué susceptible de provoquer des commotions cérébrales et (c) les conséquences croissantes en cas de violation du Code de conduite en matière de commotion cérébrale, veuillez lire la rubrique suivante et vous engager à la respecter. Si la rubrique suivante ne s'applique pas à votre organisation sportive, veuillez l'ignorer.*

### J'aiderai à prévenir les commotions cérébrales comme suit :

- Mon engagement en faveur de la tolérance zéro à l'égard des jeux interdits trop risqués susceptibles de provoquer des commotions cérébrales\*
- La reconnaissance de l'expulsion obligatoire de la compétition en cas de violation de la tolérance zéro pour un jeu interdit trop risqué susceptible de provoquer des commotions cérébrales.\* *(Autrement dit : Je serai disqualifié(e)/expulsé(e) du jeu si j'enfreins la politique de tolérance zéro.)*
- Reconnaissance des conséquences croissantes pour ceux et celles qui enfreignent de manière répétée le Code de conduite en matière de commotion cérébrale.\*



## EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ, RENONCIATION AUX RÉCLAMATIONS ET CONVENTION D'INDEMNISATION

**ATTENTION! Veuillez lire attentivement ce qui suit. En signant le présent document, vous renoncez à certains droits reconnus par la loi, y compris le droit d'intenter des poursuites.**

J'ai lu la déclaration ci-dessus et j'accepte de m'y conformer.	Signature
---	-----------

1. Le présent document constitue un accord juridique exécutoire. Clarifiez toute question ou préoccupation avant de le signer.
2. En tant que participant et aux activités, programmes, cours et services fournis par les Services de bien-être et moral des Forces canadiennes (SBMFC) ainsi qu'aux événements qu'ils commanditent ou organisent :
  - a. PSP
  - b. BFC Borden
  - c. Ontario
  - d. 2026/2027;

notamment les activités libres, les activités virtuelles et en ligne, les séances ou leçons d'instruction, les pratiques, les activités compétitives, y compris les joutes, les voyages, l'utilisation ou le prêt d'équipement, les activités dans des installations intérieures et extérieures, l'entraînement musculaire ainsi que le conditionnement et les performances physiques (collectivement, les « activités »), le soussigné prend note des conditions décrites dans le présent accord et y consent.

### Avis de non-responsabilité

3. En contrepartie de ma participation ou de ma présence à ces activités, en mon nom et au nom de mes représentants, de mes héritiers, de mon conjoint, de mes enfants ou de mes ayants droit, je libère et décharge à jamais Sa Majesté le Roi du chef du Canada, ses officiers, agents, employés, bénévoles, officiels, participants, agents, commanditaires et les membres de ses Forces armées, le Personnel des fonds non publics, les SBMFC, leurs officiers, agents et employés, leurs bénévoles, officiels, participants, agents et commanditaires (collectivement, l'« organisation ») de l'ensemble des réclamations, demandes, pertes, coûts, dommages, actions, causes d'action, poursuites ou autres procédures engagées, intentées ou autrement entreprises par qui que ce soit relativement à une perte, à un dommage matériel, à une blessure ou à un décès causés ou occasionnés par mes actes ou mon omission d'agir ou attribuables à ceux-ci en raison de ma participation ou de ma présence à ces activités d'une quelconque manière, notamment par une négligence de l'organisation, que ce soit à titre collectif ou individuel.



## EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ, RENONCIATION AUX RÉCLAMATIONS ET CONVENTION D'INDEMNISATION

J'ai lu les paragraphes 1, 2 et 3 et j'accepte de m'y conformer.

Signature

### Description et acceptation des risques

4. Je comprends et consens aux points suivants :
  - a. Les activités comportent des risques, des dangers et des incidents inhérents, prévisibles et imprévisibles, qu'aucun soin, aucune mesure de prudence, ni aucune expertise ne peut éliminer, notamment les possibilités de blessures corporelles graves, d'invalidité permanente, de paralysie et de décès.
  - b. Je suis responsable de ma conduite et de mon comportement pendant les activités, et je suivrai les consignes de sécurité, y compris les recommandations de l'organisation concernant le port d'équipements de protection individuelle (EPI), le cas échéant.
  - c. L'organisation a la tâche difficile d'assurer la sécurité, mais elle n'est pas infaillible : elle peut ne pas connaître ma condition physique ou mes capacités, elle peut mal évaluer les conditions météorologiques ou environnementales, elle peut donner des instructions ou des avertissements incomplets, et l'équipement utilisé peut faire défaut.
  - d. L'écllosion de COVID-19, causée par le nouveau coronavirus, est qualifiée de pandémie internationale par l'Organisation mondiale de la Santé, et cette maladie est extrêmement contagieuse. Les SBMFC ont mis en place des mesures préventives pour réduire la propagation de la COVID-19. Cependant, ces mesures ne peuvent garantir que je ne sois pas exposé à la COVID-19. De plus, la participation aux activités peut aggraver mon risque de contracter la COVID-19.
  
5. Je participe volontairement aux activités. Compte tenu de ma participation, je reconnais par la présente avoir pris conscience des risques, des dangers et des incidents liés aux activités, qui comprennent entre autres les éléments suivants :
  - a. Santé (physique et mentale) : l'exécution de techniques physiques exténuantes et exigeantes; l'effort physique; le surmenage; les étirements; la déshydratation; l'épuisement; les entraînements cardiovasculaires; l'atteinte psychologique; les mouvements et arrêts rapides; une forme ou un conditionnement physique déficient; les lésions traumatiques; les infections bactériennes; les éruptions; et la transmission de maladies contagieuses, qu'elles soient causées par la COVID-19, des bactéries, des parasites ou d'autres organismes quelconques ou par toute mutation de ceux-ci.
  - b. Lieux : l'état défectueux, dangereux ou non sécuritaire des installations; les chutes; les collisions contre des objets, des murs, de l'équipement ou des personnes; les conditions dangereuses, non sécuritaires ou irrégulières des sols, de la glace ou d'autres surfaces;



## EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ, RENONCIATION AUX RÉCLAMATIONS ET CONVENTION D'INDEMNISATION

- les conditions météorologiques extrêmes; et les déplacements d'une installation à l'autre.
- c. Utilisation de l'équipement : la défaillance mécanique de l'équipement; le défaut de conception ou de fabrication de l'équipement; les avertissements, directives, instructions ou conseils donnés ou non par l'organisation concernant l'utilisation de l'équipement; et l'utilisation ou le fonctionnement fautif de l'équipement dans les limites de mes capacités.
  - d. Contact : le contact avec des équipements, des véhicules ou d'autres personnes qui peut entraîner des lésions corporelles graves, notamment des commotions cérébrales, d'autres lésions cérébrales ou des traumatismes graves à la colonne vertébrale.
  - e. Conseils : les conseils concernant les activités donnés avec négligence.
  - f. Capacité : le défaut d'agir en toute sécurité ou dans les limites de mes capacités ou des zones désignées.
  - g. Cybersécurité : les atteintes à la vie privée; le piratage; la défaillance de la technologie et les dommages infligés à l'équipement informatique.
  - h. Comportement : mon comportement et celui des autres, y compris toute altercation physique entre les participants.
  - i. Déplacement : les déplacements physiques à destination des activités et en provenance de celles-ci.
  - j. Négligence : ma négligence ou celle des autres, y compris la négligence de l'organisation à titre collectif ou individuel, qui peut aggraver le risque de dommages, de pertes, de lésions ou de décès. Je comprends que l'organisation, à titre collectif autant qu'individuel, peut échouer dans sa tentative de me protéger contre les risques, les dangers et les incidents pouvant découler des activités, dont certains sont mentionnés ci-dessus.

J'ai lu les paragraphes 4 et 5 et j'accepte de m'y conformer.

Signature

### Modalités

- 6. En contrepartie de l'autorisation que l'organisation m'accorde à participer aux activités, j'accepte d'assumer les responsabilités suivantes :
  - a. Je suis responsable de mon environnement ainsi que de l'emplacement et de l'équipement choisis, lorsque je m'entraîne dans mon propre espace.
  - b. J'assume tous les risques liés à mon état mental et à ma condition physique et déclare qu'ils sont appropriés pour participer aux activités.



## EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ, RENONCIATION AUX RÉCLAMATIONS ET CONVENTION D'INDEMNISATION

- c. J'accepte de remplir un Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique **pour tous** (Q-AAP+) et d'en suivre les recommandations, soit de consulter un médecin, un autre professionnel de la santé autorisé à poser un diagnostic ou un professionnel de l'activité physique qualifié avant d'intensifier mon activité physique.
- d. Je me conforme aux règles et règlements relatifs à la participation aux activités, y compris les règlements des instances municipales et régionales, ainsi que des gouvernements provinciaux et fédéraux.
- e. Je dois me conformer aux règles de l'installation ou de l'équipement.
- f. Si je remarque un danger ou un risque inhabituel important, je mettrai fin à ma participation aux activités et j'en informerai immédiatement un représentant de l'organisation.
- g. Je m'engage à refuser de participer de quelque manière que ce soit à des activités lorsque mes facultés sont affaiblies, si c'est le cas, compte tenu des risques.
- h. J'assume l'entière responsabilité d'évaluer si des activités sont trop difficiles pour moi. En entreprenant une activité, je reconnais et j'accepte le caractère approprié et les conditions de l'activité.
- i. Je suis responsable du choix de mon équipement de sécurité ou de protection et de son bon ajustement.
- j. Comme aucune assurance contre les dangers inhérents aux activités n'est fournie aux participants, je suis responsable de vérifier ma couverture d'assurance vie et d'assurance contre les accidents pour m'assurer qu'elle ne comprend aucune exclusion relativement aux activités et que les primes sont réalistes. Je suis responsable de la souscription à une telle assurance et d'en couvrir les frais.
- k. Je consens à cesser de participer à une activité si je juge ou j'évalue qu'il est dangereux de la poursuivre.
- l. La COVID-19 est de nature contagieuse; je peux m'y exposer ou la contracter, ce qui peut entraîner des blessures, une maladie, une invalidité permanente ou le décès.

J'ai lu le paragraphe 6 et j'accepte de m'y conformer.	Signature
--	-----------

### Exonération de responsabilité et avis de non-responsabilité

- 7. En contrepartie de l'autorisation que l'organisation m'accorde à participer aux activités, j'accepte d'assumer les responsabilités suivantes :
  - a. J'assume l'entière responsabilité de ma sécurité.
  - b. J'ASSUME tous les risques découlant de ma participation ou y étant associés ou reliés.



## EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ, RENONCIATION AUX RÉCLAMATIONS ET CONVENTION D'INDEMNISATION

- c. Mon consentement à participer aux activités ne repose sur aucune déclaration orale ou écrite faite par l'organisation ou ses agents, que ce soit dans un dépliant ou une publicité ou lors d'une conversation individuelle.
- d. JE RENONCE à toute réclamation contre l'organisation que je pourrais formuler maintenant ou à l'avenir.
- e. J'ACCEPTÉ LIBREMENT ET ASSUME PLEINEMENT tous les risques et toutes les possibilités de blessures, de décès, de dommages matériels, de dépenses et de pertes connexes, y compris la perte de revenus, découlant de ma participation aux activités.
- f. J'INDEMNISE ET DÉGAGE l'organisation, à titre collectif autant qu'individuel, des réclamations et demandes, des pertes, des frais de litige, des frais juridiques, des responsabilités, des dommages, des jugements, des coûts, des actions, des causes d'action, des poursuites ou d'autres procédures de quelque forme ou nature que ce soit desquels elle peut faire l'objet, directement ou indirectement, du fait de ma participation aux activités, que la revendication soit fondée sur la négligence, la négligence grave, la rupture de contrat ou toute autre action ou mesure prise ou non par l'organisation, autant à titre collectif qu'individuel.
- g. JE DÉCHARGE ET J'INDEMNISE À JAMAIS l'organisation, soit à titre collectif ou individuel, de toute poursuite liée à mon exposition ou au fait d'avoir contracté la COVID-19 causée par une action, une omission ou une négligence de ma part ou de celle des autres, notamment de l'organisation, à titre collectif ou individuel.
- h. L'organisation, autant à titre collectif qu'individuel, n'est pas responsable des dommages causés à mon véhicule, à mes biens ou à de l'équipement m'appartenant qui pourraient découler des activités.
- i. La négligence comprend le manquement de la part de l'organisation, autant à titre collectif qu'individuel, à prendre des mesures raisonnables pour me protéger des risques, des dangers et des accidents pouvant découler des activités.
- j. La présente exonération, renonciation et indemnisation se veut aussi large et inclusive que le permet la loi de la province de l'Ontario et, si une partie de celle-ci est jugée invalide, les autres parties resteront en vigueur et produiront leur plein effet.

### Autorité

8. Dans l'éventualité où j'intenterais des poursuites contre l'organisation, que ce soit à titre collectif ou individuel, je le ferai uniquement dans la province de l'Ontario. Je consens par ailleurs à ce que le droit substantiel de la province de l'Ontario soit mis en application sans égard aux règles d'interprétation des conflits.
9. JE CONSENS à ce que l'accord soit régi par les lois fédérales applicables et les lois en vigueur dans la province de l'Ontario, au Canada, et qu'il soit interprété et déterminé conformément à celles-ci. JE CONSENS à me soumettre irrévocablement et inconditionnellement à la juridiction



EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ, RENONCIATION AUX RÉCLAMATIONS ET CONVENTION  
D'INDEMNISATION

exclusive des tribunaux de l'Ontario, au Canada, et de tous les tribunaux compétents pour entendre les appels de ceux-ci.

10. Si une disposition du présent accord est jugée comme étant invalide ou inapplicable par un tribunal compétent, en totalité ou en partie, j'ACCEPTE qu'elle n'ait aucun effet sur les autres modalités ou dispositions du présent accord.
11. SANS LIMITER CE QUI PRÉCÈDE, JE CONSENS À NE PAS POURSUIVRE l'organisation, autant à titre collectif qu'individuel, pour toute blessure, y compris les atteintes physiques et psychologiques, le décès et la perte ou les dommages matériels, ainsi que tout coût, tout dommage, tous frais, toute dépense, tout jugement, toute responsabilité ou tout autre élément s'y rapportant sous quelque forme ou nature que ce soit, quelle qu'en soit la cause ou l'origine, et que ce soit directement ou indirectement en raison de ma participation aux activités.

J'ai lu les paragraphes 7, 8, 9, 10 et 11 et j'accepte de m'y conformer.	Signature
--	-----------

**Reconnaissance**

12. Je reconnais avoir lu et compris le présent accord, l'avoir signé volontairement et m'y conformer. Le présent accord s'applique également à mes héritiers, mon conjoint, mes enfants, mes parents, mes tuteurs, mes plus proches parents, mes exécuteurs testamentaires, mes administrateurs et mes représentants légaux ou personnels. Je reconnais par ailleurs qu'en signant le présent accord, je renonce à mon droit de poursuivre l'organisation, à titre collectif ou individuel, sur la base de toute réclamation dont je l'ai libérée dans les présentes.

Nom (en caractères d'imprimerie)
Signature
Date