

## INFORMATIONS SCOUTES

District : _____	Groupe : _____
Unité : _____	

## IDENTIFICATION DU MEMBRE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (AAAA-MM-JJ) : \_\_\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin

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

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Courriel (13 ans et +) : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Le membre demeure chez :  Parents  Mère  Père  Garde partagée  Autres \_\_\_\_\_

Si mineur : à la fin des activités scoutées, le membre peut partir seul :  Oui  Non

## IDENTIFICATION DU PARENT OU TUTEUR (PREMIER RÉPONDANT EN CAS D'URGENCE)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec le membre : \_\_\_\_\_ Le répondant vit avec le membre :  Oui  Non

Courriel : \_\_\_\_\_ Je désire recevoir l'infolettre  
Cette infolettre permet d'être renseigné sur les activités scoutées de l'Association et de  
ses organisations affiliées.  Oui  Non

Téléphone à la résidence : \_\_\_\_\_ Téléphone au travail : \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

## IDENTIFICATION DU PARENT OU TUTEUR (SECOND RÉPONDANT EN CAS D'URGENCE)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec le membre : \_\_\_\_\_ Le répondant vit avec le membre :  Oui  Non

Courriel : \_\_\_\_\_ Je désire recevoir l'infolettre  
Cette infolettre permet d'être renseigné sur les activités scoutées de l'Association et de  
ses organisations affiliées.  Oui  Non

Téléphone à la résidence : \_\_\_\_\_ Téléphone au travail : \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE (en cas d'espace insuffisant, joindre une feuille additionnelle)

Langue(s) parlée(s) à la maison : \_\_\_\_\_ Autres langue(s) parlée(s) \_\_\_\_\_

Particularités à considérer en regard aux conditions familiales ? Oui  Non  Lesquelles :

## CONSENTEMENT À L'ADMINISTRATION DE SOINS MÉDICAUX

Permission pour les bénévoles qualifiés d'administrer les premiers soins ou d'autoriser des soins médicaux ou ambulanciers en cas d'urgence si les répondants et/ou toute autre personne désignée ne sont pas joignables.

Je comprends que les membres de l'Association des scouts du Canada ainsi que ses organisations affiliées devront administrer des soins médicaux.

## CONSENTEMENT À L'UTILISATION DE PHOTOS ET VIDÉOS

Tout au long de l'année, les animateurs, les parents et les employés de l'Association des scouts du Canada (ASC) prennent des photos et des vidéos des membres pendant les activités scoutées. Ces photos et vidéos sont habituellement conservées dans les albums photo des groupes et publiées sur le site Web de ces derniers. Certaines photos et vidéos sont parfois remises aux journaux locaux, à des partenaires pour la promotion du scoutisme, aux services des communications de l'Association et peuvent être utilisées pour les publications de l'ASC ou du matériel promotionnel.

J'autorise l'Association des scouts du Canada ainsi que ses organisations affiliées à utiliser des photos et vidéos du membre inscrit.  Oui  Non

## PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'Association des scouts du Canada (ASC) ainsi que ses organisations affiliées s'engagent à respecter la vie privée de ses membres. Les informations de ce formulaire seront conservées dans le « Système d'information des Scouts du Canada » (SISC), une base de données sécurisée à accès limité. Les informations seront utilisées par l'ASC ainsi que ses organisations affiliées afin d'accomplir leurs missions respectives. En signant ce formulaire, je donne la permission à l'ASC ainsi que ses organisations affiliées de divulguer ces informations en cas de besoin.

## AUTORISATION À PARTICIPER

Je comprends que le respect de la mission, des principes et des règlements de l'Association des scouts du Canada (ASC) est une condition essentielle à l'adhésion.

Je comprends que la participation au programme de l'ASC est volontaire et qu'elle comporte certains risques inhérents.

Je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents aux activités de l'ASC. Les risques auxquels les membres s'exposent sont, de façon particulière, mais non limitative : blessures dues à des chutes ou autres mouvements (entorses, foulure, fracture, etc.); blessures avec objet contondant ou coupant; hypothermie; blessures résultant de contact accidentel ou non entre les individus; allergie alimentaire; contact avec l'eau ou noyade; brûlures ou troubles dus à la chaleur. J'ai lu et je m'engage à signer le formulaire d'acceptation des risques.

Après avoir attentivement évalué les risques possibles et ayant pleinement confiance que des précautions raisonnables soient prises pour assurer la sécurité et le bien-être des membres, j'accepte ou j'autorise mon enfant ou enfant en tutelle à devenir membre de l'ASC.

**Signature\*** : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\* Doit être remplie par le parent ou le tuteur si le membre est âgé de moins de 18 ans.

## SONDAGE

Où avez-vous entendu parler des activités offertes dans votre secteur par l'Association des scouts du Canada?

- À l'école de mon enfant  Bouche-à-oreille  Répertoire des activités de loisir de ma ville  Médias (télévision, radio, revue, journaux)  Site internet  
 Réseaux sociaux  Dépliant, affiche ou calendrier scout  Un ou des membres de ma famille sont dans le mouvement  Camp de jour  Salons  
 D'un.e ami.e de mon enfant  À travers Scout d'un jour  Autre : \_\_\_\_\_