



Formulaire Inscription / Registration Form

Nom de l'enfant / Name of Child:			
Date de naissance / Date of Birth:	F __ M __	Age :	Niveau scolaire / Grade:
Adresse / Address:	Code Postal / Postal Code:		
	Téléphone / Phone: ()		
Mère ou tuteur / Mother or Guardian:	Père ou tuteur / Father or Guardian:		
Adresse /Address : (Si différent de ci-dessus / If different from above):	Adresse /Address : (Si différent de ci-dessus / If different from above):		
Tél. maison / Home Phone: ()	Tél. maison / Home Phone: ()		
Tél. Travail / Work Phone: ()	Tél. Travail / Work Phone: ()		
Cellulaire / Cellular: ()	Cellulaire / Cellular: ()		
Courriel /Email:	Courriel /Email:		

Information-santé / Emergency Health Information

Numéro de carte médicale /Care Card Number:	
Docteur / Doctor:	Dentiste / Dentist:
Téléphone / Phone: ()	Téléphone / Phone: ()

Immunization Status

Votre enfant est-il vacciné? Oui ou Non (veuillez encercler). Si oui, veuillez fournir une copie du registre de vaccination. / Is your child immunized? Yes or No (please circle). If yes please provide a copy of immunization records.

Consentement Urgence / Consent For Emergency Care

En cas d'urgence, si je ne peux pas être rejoint, j'autorise le personnel de l'AFK à contacter un professionnel de la santé et/ou une ambulance pour mon enfant. I authorize the AFK's staff to call a medical practitioner or ambulance in the case of accident or illness of my child, if I cannot immediately be reached.

Signature du parent / of Parent/Guardian:

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant / Person(s) Authorized To Pick Up Your Child
(autre que le parent ou tuteur / other than parent/guardian)

Nom / Name:	Lien avec l'enfant / Relationship:	Téléphone / Phone:

Personnes non-autorisées à venir chercher votre enfant / Person(s) Not Authorized to Pick Up Your Child

Nom / Name:	Lien avec l'enfant / Relationship:	Téléphone / Phone:

Personnes à contacter en cas d'urgence / Emergency contacts

Nom / Name:	Lien avec l'enfant / Relationship:	Téléphone / Phone:

Information Santé / Health

Est-ce que votre enfant a des problèmes de santé connus ? Does your Child have any known health problems or illnesses? Oui / Yes Non / No
Si oui, décrire / If yes, please describe:

Est-ce que votre enfant a des allergies ? Does your Child have any allergies? Oui / Yes Non / No
Si oui, SVP listez les allergènes : If yes, please list specific allergens or products concerned:

Est-ce que votre enfant prend des médicaments ? Is your child on any medication? Oui / Yes Non / No
Si oui, SVP listez : If yes, please list:

Alimentation et nutrition / Eating and nutrition

Aliments favoris / favorite food :
Aliments qu'il ou elle n'aime pas / food he or she dislikes :
Y at-il des pratiques religieuses ou ethniques liés à l'alimentation / Are there any religious or ethnic observances related to food?

SVP veuillez remettre votre inscription dûment remplie au personnel de l'AFK. Please bring your fully completed registration form to the AFK staff.

Païement : Virement Interact, argent comptant ou chèque à l'ordre de : Association francophone de Kamloops / Payment : Interact e-transfer, cash or cheque payable to Association francophone de Kamloops

Signature du parent ou tuteur / Parent or Guardian

Signature:	Nom caractère imprimerie / Print Name:	Date:

Picture Consent Form

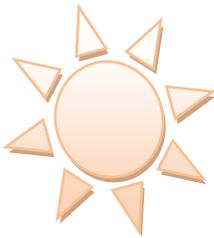
Je, soussigné, donne à l'Association francophone de Kamloops (AFK) la permission de prendre des photos de mon enfant inscrit au programme après-école. **Les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les personnes, les enfants ou leur famille. L'usage des images est sans aucun but lucratif et sans publication de nom de famille (prénom seulement).**

I hereby give my permission for Association francophone de Kamloops (AFK) to take pictures of my child enrolled in the After-school Program for promotional and/or educational purposes relating to AFK, (e.g. AFK web site, brochures, posters). I understand that AFK will not publish my child's name with his/her photo.

Nom de l'enfant / Name of child: _____

Signature parent/tuteur / Parent/Guardian signature

Date



Formulaire d'autorisation pour sorties occasionnelles

Permission Form for Field Trips

J'autorise mon enfant à participer aux sorties occasionnelles dans le cadre du programme en français avec les employés et bénévoles de l'Association francophone de Kamloops. Je comprends que les enfants marcheront ou seront transportés en autobus ou avec la Minivan de l'AFK.

Je sais qu'il peut y avoir des risques inhérents à la participation à l'activité mentionnée. J'assume ces risques de mon plein gré et, ce faisant, je comprends et j'accepte l'entière responsabilité de toutes blessures ou de dommages causés ou subis.

I give permission for my child to attend occasional field trips with the staff and volunteer of the Association francophone de Kamloops "French Program". I understand that they will be walking, taking the city bus or transported in the Association francophone's Minivan.

I do hereby waive absolve, indemnify, and agree to hold harmless the person, or persons, supervising, walking, my child to and from the Association francophone de Kamloops, for any claim or injury except to the extent covered by accident liability insurance.

Nom de l'enfant / Name of child: _____

Signature parent/tuteur / Parent/Guardian signature

Date

Carte de consentement en cas d'urgence / Emergency Consent Card

Nom de l'enfant / Child's Name:	Photo / Picture
Date de naissance / Birth date:	
Adresse / Address:	
Nom de la mère / Mother's Name:	
Téléphone au travail / Work phone: ()	Téléphone maison / Home Phone: ()
Nom du père / Father's Name:	Enfant vit avec / Child Lives with:
Téléphone au travail / Work Phone: ()	Téléphone maison / Home Phone: ()
Personne à contacter en cas d'urgence / Emergency Contact:	Téléphone / Phone: ()
Médecin de l'enfant / Child's Doctor:	Téléphone / Phone: ()
1) Allergies	
2) Médicaments / Medications	
Numéro de carte d'assurance maladie / Care Card Number:	

À l'usage du bureau / Facility Use Only

Personne qui a révisé le document / Staff person reviewing Document:		
Signature:	Nom caractère imprimerie / Print Name:	Date admission / registration:
Date depart / withdrawal:	Raison du depart / Reason for Withdrawal:	