



# 188e Groupe marin Montréal-Nord

## Fiche d'inscription

<b>Jeune</b>		Unité: <input type="checkbox"/> Meute <input type="checkbox"/> Troupe <input type="checkbox"/> Clan	
Prénom et Nom		Date de naissance	
Adresse		Ville	
Code Postal		2e adresse	
Téléphone		Courriel	
Numéro RAMQ		Date d'expiration	

<b>Parents ou tuteur (pour participant mineur seulement)</b>	
Nom et prénom	Nom et prénom
Téléphone	Téléphone
Courriel	Courriel
<input type="checkbox"/> Je suis intéressé à faire parti du comité de parent	<input type="checkbox"/> Je suis intéressé à faire parti du comité de parent

<b>Cotisation</b>
<p>La cotisation de chaque jeune sert à payer les assurances et l'inscription à l'association des aventuriers de Baden-Powell (AABP) et une partie des activités de l'année. Le prix de la cotisation est fixé à 150\$ et un montant supplémentaire pourrait être demandé pour les camps. Il sera possible de payer en deux versements, soit le premier à l'automne et le deuxième à l'hiver. SVP, envoyer un virement interac à <a href="mailto:188scoutmarin@gmail.com">188scoutmarin@gmail.com</a></p>
Je souhaite payer en: <input type="checkbox"/> 1 versement <input type="checkbox"/> 2 versements



**Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les parents pour participant mineur)**

Nom	Téléphone	Lien avec le participant
Nom	Téléphone	Lien avec le participant

**Autorisation médicaments (pour participant mineur seulement, s'il y a lieu)**

Par la présente, j'autorise un membre de la maîtrise ou de l'équipe de premiers soins à administrer à mon enfant ses médicaments, tels que prescrits par le médecin.

Je reconnais que les chefs acceptent de donner des médicaments à mon enfant seulement par souci de commodité, ceux-ci ne possédant pas l'expertise, ni les connaissances professionnelles relatives à la distribution des médicaments.

Je dégage le camp de toute responsabilité résultant de l'administration de médicaments.

Signature du père, de la mère ou du tuteur :

Date:

**Autorisation (pour participant mineur seulement)**

En cas d'urgence, j'autorise l'équipe du camp à procurer à mon enfant les soins médicaux, chirurgicaux et dentaires nécessaires.

Signature du père, de la mère ou du tuteur:

Date:

**Notes supplémentaires (au besoin)**

# Consentement à l'usage de l'image et Participation des parents

## Consentement à l'usage de l'image d'une personne sur le site internet, sur le matériel publicitaire ou sur la page Facebook de l'AABP et du 188e groupe marin Montréal-Nord, de nos partenaires et commanditaires (tous les participants)

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_ consens à ce que l'AABP et le 188e groupe marin Montréal-Nord, ainsi que les commanditaires et partenaires utilisent **mon** image ou celle de la personne mineure suivante : \_\_\_\_\_, que je suis dûment autorisé(e) à représenter. Cela à des fins promotionnelles ou informationnelles, et ce, sans rémunération ni compensation. Je déclare être majeur(e) et, le cas échéant, être le parent ou tuteur légal de la personne ci-haut mentionnée.

En foi de quoi, je signe à , \_\_\_\_\_ (lieu) ce ,

\_\_\_\_\_ (date)

\_\_\_\_\_  
(Signature)

## Participation des parents

Avez-vous des compétences, connaissances ou contacts qui pourrait être utile au groupe de votre enfant?