

Any delegate intending to bring their child(ren) to a conference, please complete a **separate form for each child to be registered**. (Additional copies may be photocopied).

NAME OF FUNCTION	DATES

CHILD'S NAME	Age	Medical Problems, Allergies or Special Care

**CONSENT**

I, \_\_\_\_\_ (parent/guardian) hereby give permission for my child registered above to participate in various recreational and leisure activities offered by the trained staff of the On-Site Child Care during the period of the above-named conference.

**RELEASE OF RESPONSIBILITY**

I, \_\_\_\_\_ (parent/guardian) hereby release CUPE Ontario from any and all claims for damages to the safety or health of my child registered above, howsoever caused, while participating in any activities of the On-Site Child Care during the period of the above-named conference.

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Name of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_

Address : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Postal Code \_\_\_\_\_

Phone (home) \_\_\_\_\_ (work) \_\_\_\_\_ Local No. \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Signature of Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Name of Witness: \_\_\_\_\_

(please print)

**Please note on-site childcare will ONLY BE OFFERED if we have requests for a minimum of 4 children**

Please complete and return the above form  
**NO LATER THAN NOVEMBER 22<sup>ND</sup> 2017** to:  
**On-Site Child Care Registration - CUPE Ontario**  
 80 Commerce Valley Dr. E., Suite 1, Markham, ON L3T 0B2  
 Phone: 905-739-9739 Fax: 905-739-9740

Tout(e) délégué(e) ayant l'amener un ou des enfant(s) au congrès doit remplir **un formulaire par enfant à inscrire**. (On peut photocopier des exemplaires additionnels).

FONCTION	DATES

Nom de l'enfant	Âge	Problèmes médicaue, allergies ou soins spéciaux

### # CONSENTEMENT

Je, \_\_\_\_\_ (parent/gardien(ne)), permet par les présentes à mon enfant ci-dessus inscrit de participer aux activités de loisirs et de recreation offertes sur place par le personnel formé de la garderie du congrès ci-dessus nommé.

### # DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ

Je, \_\_\_\_\_ ((parent/gardien(ne))), degage par les présentes le SCFP Ontario de toute reclamation en dommages pour la sécurité ou la santé de mon enfant ci-dessus inscrit, quelle qu'en soit la cause, pendant sa participation à l'une ou l'autre des activités de la garderie du congrès ci-dessus nommé.

Signé: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Parent/gardien(ne) : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone (residence) \_\_\_\_\_ (travail) \_\_\_\_\_ Section locale \_\_\_\_\_

Signature d'un témoin: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nom du témoin: \_\_\_\_\_

**Veillez noter que le service de garde sur place sera offert UNIQUEMENT si nous recevons des demandes pour un minimum de quatre enfants.**

Veuillez remplir et retourner le formulaire ci-dessus  
**AVANT le 22 NOVEMBRE 2017**  
 SCFP Ontario  
 80 rue Commerce Valley E., bureau 1  
 Markham, Ontario L3T 0B2  
 Téléphone: 905-739-9739 ou Télécopieur: 905-739-9740