

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: \_\_\_\_\_

**Veuillez 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

**UN MOIS AVANT LE DÉBUT D'ÉVÉNEMENT**

SCFP Ontario

80 rue Commerce Valley E., bureau 1

Markham, Ontario L3T 0B2

Téléphone: 905-739-9739 ou Télécopieur: 905-739-9740