



**ÉQUIPE
YUKON**



SONDAGE D'INTÉRÊT – PARTICIPANTS DU YUKON

Jeux de la francophonie canadienne (JeuxFC) – 14 au 18 juillet 2020

Assure-toi que ton formulaire soit rempli en caractères d'imprimerie, que ton nom et tes renseignements personnels soient lisibles!

IL EST IMPORTANT DE SAVOIR QUE:

- Tu dois être né entre le 1^{er} janvier 2002 et le 31 décembre 2006 et parler/comprendre le français pour participer aux JeuxFC.
- Tu dois remettre ce sondage d'intérêt au Centre de la francophonie (302 rue Strickland, Whitehorse, YT Y1A 2K1) au plus tard le 31 janvier 2020.
- Tu seras contacté au cours du mois de février 2020. Nous te dirons pour quelle discipline tu as été recruté.
- Il y aura des activités d'entraînement et de formation auxquelles tu devras participer à partir du mois de février, et ce jusqu'aux Jeux.
- Si sélectionné, pour confirmer ta participation, tu devras payer les frais d'inscription de 350\$ et remplir un formulaire d'inscription officiel. La date limite d'inscription est le 1^{er} mai 2020.
- Tu pourras t'inscrire à UNE seule discipline.

CHOIX DE DISCIPLINE (EN ORDRE DE PRÉFÉRENCE)

1. _____
2. _____
3. _____

DISCIPLINES ARTISTIQUES : ARTS VISUELS / IMPROVISATION / MUSIQUE / ARTS CULINAIRES

DISCIPLINES EN LEADERSHIP : ART ORATOIRE / MÉDIAS / ACTION CITOYENNE

DISCIPLINES SPORTIVES : ATHLÉTISME / BADMINTON / BASKETBALL 3X3 / VOLLEYBALL / FRISBEE ULTIME / VOILE

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS			
Nom de famille:		Prénom:	
École:		Année scolaire:	
Sexe: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Date de naissance: ___/___/____ (jj / mm / aaaa)	
Adresse:	N°:	Rue:	App:
Ville/Village:			
Province/Territoire:		Code postal:	
Tél. maison: () -		Cellulaire: () -	
Courriel:			
Grandeur vêtement (en général): <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> TG <input type="checkbox"/> TTG <input type="checkbox"/> TTTG			
QUESTIONS DÉMOGRAPHIQUES* (COCHER TOUT CE QUI S'APPLIQUE) *Les réponses à ces questions nous permettront de fournir les statistiques exigées par nos bailleurs de fonds; elles ne sont pas associées à votre nom ou à vos données personnelles.			
Langues parlées : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> les deux <input type="checkbox"/> autres			
Je fais partie du/des groupes suivants:			
<input type="checkbox"/> premières nations <input type="checkbox"/> minorité visible <input type="checkbox"/> vivant avec handicap <input type="checkbox"/> habite en milieu rural			
FORMULAIRE MÉDICAL			
Nom d'un parent ou tuteur légal à joindre en cas d'urgence:		Tél. jour: () -	
		Tél. soir: () -	
Lien de parenté avec cette personne:		Cellulaire: () -	
		Courriel:	
Cette personne sera présente aux Jeux de la francophonie canadienne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Nom de ton médecin de famille:		Tél. pour le joindre: () -	



Canada



**ÉQUIPE
YUKON**

COUVERTURE MÉDICALE PRINCIPALE POUR LA DURÉE DES JEUX, S.V.P. FAIRE UN SEUL CHOIX	
<input type="checkbox"/> Couverture provinciale	N° de l'assurance:
<input type="checkbox"/> Croix Bleue	N° de l'assurance:
<input type="checkbox"/> Autre (S.V.P. spécifier):	N° de l'assurance:
BESOINS ALIMENTAIRES	
S.V.P. soyez très spécifique à propos de vos allergies, afin de nous permettre de répondre adéquatement au besoin.	
<input type="checkbox"/> Allergies alimentaires	
Je suis allergique à/aux: _____	

Je peux avoir une réaction allergique si je suis en contact avec l'aliment (odeur, toucher)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Mon allergie est potentiellement mortelle (choc anaphylactique)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
J'ai un auto-injecteur (EpiPen) en cas d'urgence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Besoins particuliers en termes d'alimentation (autre qu'allergies): <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Végétalien	
<input type="checkbox"/> Autres (S.V.P. spécifier): _____	
SPÉCIFICATIONS CONDITIONS MÉDICALES	
J'utilise un fauteuil roulant (<input type="checkbox"/> manuel <input type="checkbox"/> électrique) ou des béquilles pour me déplacer? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
S.V.P. spécifier vos besoins en accessibilité: _____	
J'ai/Je suis: <input type="checkbox"/> Asthmatique <input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Migraines	
<input type="checkbox"/> Troubles cardiaques (S.V.P. spécifier): _____	
<input type="checkbox"/> Autres conditions médicales (S.V.P. spécifier): _____	
<input type="checkbox"/> Allergies autres qu'alimentaires (S.V.P. spécifier): _____	
Plus récente immunisation pour:	
<input type="checkbox"/> Tétanos – date (mm/aaaa): _____	<input type="checkbox"/> Hépatite B – date (mm/aaaa): _____
Je dois prendre les médicaments suivants ou suivre les recommandations suivantes (inscrire les instructions, la fréquence et toute autre information pertinente et importante à ta santé):	
S.V.P. indiquer si tu as des anciennes blessures (exemple: cheville gauche foulée au 2 ^e degré en 2017):	

Si les personnes en charge de mon enfant le jugent nécessaire, je les autorise à transporter mon enfant par ambulance, à mes frais, dans un établissement de santé. En cas d'urgence, si la vie de mon enfant était en danger ou son intégrité menacée et qu'on était dans l'impossibilité de me joindre à ce moment, je consens dès lors à ce que tous les soins médicaux requis par son état de santé lui soient prodigués.

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets. De plus, entre le moment où je transmets ce formulaire et ma participation, je m'engage à aviser mon chef de mission si un changement aux renseignements fournis survient.

Date: _____ Signature du participant: _____

Date: _____ Signature d'un parent ou tuteur légal: _____

(La signature d'un parent ou tuteur est exigée pour les jeunes de moins de 19 ans)

