



# Formulaire d'inscription

## Programmes récréatifs et culturels continus

Référence : Politique 8.5.0 - Conditions d'inscription  
- Direction générale des loisirs, de la culture et des installations

Prenez le temps de bien remplir le formulaire. Vos renseignements personnels demeureront confidentiels, sauf dans certains cas précisés dans le formulaire, et ne seront utilisés que par le personnel de la Direction générale des loisirs, de la culture et des installations (DGLCI) pour garantir comme il se doit la santé et la sécurité du participant.

### Renseignements sur le programme

Titre du programme ou de l'activité :

Code à barres (si disponible) :

Dates auxquelles le programme ou l'activité est offert (jj/mm/aaaa) :

Lieu où le programme ou l'activité est offert :

### Renseignements sur le participant

Nom de famille :  Initial :  Prénom :

Téléphone (domicile) :  Sexe :  Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

École / année d'études (s'il y a lieu) :

Adresse :

Ville :  Province :  Code postal :  Âge :

**Activités et programmes concernés :** Le participant peut-il nager sur une distance de 25 mètres **en eau profonde** (eau par-dessus la tête) **sans aide et sans gilet de sauvetage? Une épreuve de natation pourrait être exigée.** *Les participants portant un gilet de sauvetage ne seront pas autorisés à nager en eau profonde.*

Oui  Non Dernier niveau de natation réussi (si connu) :

Nous autorisez-vous à prendre **des photographies ou des vidéos** du participant pour promouvoir les programmes et services de la Ville d'Ottawa sur son site Web ou dans diverses publications, la presse électronique ou les journaux communautaires?

Oui  Non

### Renseignements sur les parents ou le tuteur légal

Prénom et nom du parent ou tuteur :

Lien avec le participant :

Téléphone (cellulaire) :

Téléphone (domicile) :

Téléphone (travail) :

Courriel :

Prénom et nom du parent ou tuteur :

Lien avec le participant :

Téléphone (cellulaire) :

Téléphone (domicile) :

Téléphone (travail) :

Courriel :

Prénom et nom de la personne à joindre en cas d'urgence

Lien avec le participant :

Téléphone (cellulaire) :

Téléphone (domicile) :

Téléphone (travail) :

Courriel :

### Arrivée et départ autorisés pour le programme

**Arrivée** – Le participant :

- sera déposé       arrivera seul

**Départ** – Le participant :

- sera ramassé       partira seul à  (heure de départ autorisée)

- à pied       à vélo       autre :

N.B. : Aucun service de supervision ne sera fourni hors des heures désignées du programme accrédité. Les participants doivent arriver et partir pendant les heures du programme accrédité, comme indiqué dans la confirmation d'inscription.

### Personnes autorisées à venir chercher le participant

Inscrivez le nom complet des personnes autorisées à venir chercher le participant. Elles pourraient devoir présenter une pièce d'identité avec photo chaque jour. Les personnes dont le nom ne figure pas dans la liste ci-dessous ne seront pas autorisées à venir chercher le participant.

Les parents, tuteurs et personnes à joindre en cas d'urgence indiqués ci-dessus sont autorisés à venir chercher le participant.

1.

2.

3.

4.

**En cas de restrictions quant aux droits de garde ou de visite, veuillez transmettre les documents juridiques pertinents au personnel à temps plein.**

## Renseignements sur l'état de santé et les besoins spéciaux

1. Le participant doit-il prendre des médicaments (par voie orale ou respiratoire, par injection ou auto-injecteur, avec ordonnance, sans ordonnance)?

Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez :

Dans l'affirmative, remplissez le [Formulaire de demande d'administration de médicaments](#)

2. Le participant souffre-t-il d'allergies pouvant mettre sa vie en danger?

Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez :

Dans l'affirmative, remplissez le [Formulaire de demande d'administration de médicaments](#)

3. Le participant souffre-t-il d'une maladie ou d'un trouble pour lequel il est régulièrement traité par un médecin?

Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez :

4. Le participant bénéficie-t-il de mesures de soutien ou d'adaptation à l'école?

Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez :

4. Le participant a-t-il une incapacité physique ou mentale, une déficience développementale ou un problème de santé particulier qui pourrait influencer sur sa capacité à intégrer pleinement le programme ou à y participer?

Oui  Non

Dans l'affirmative ou si le participant est inscrit à un programme de loisirs inclusifs, veuillez lire ce qui suit **ET** remplir l'ANNEXE A.

Dans L'AFFIRMATIVE, vous devez communiquer avec le commis administratif, Loisirs inclusifs au 613-580-2424, poste 29283, pour discuter de l'aide requise pour la participation aux programmes, et ce, avant d'envoyer le formulaire d'inscription.

Vous devez communiquer avec le commis au moins **deux semaines** avant le début du programme. Pour obtenir les coordonnées complètes des Loisirs inclusifs, consultez [ottawa.ca](http://ottawa.ca).

## Permission de participer, acceptation des risques, exonération de responsabilité et obligation d'indemnisation

Veuillez lire attentivement. En signant le présent document, vous assumez des risques et renoncez à certains droits.

### Permission de participer

Je soussigné(e), en tant que parent ou tuteur légal du participant susnommé, confirme qu'il est mineur au sens de la *Loi sur la majorité et la capacité civile*, et lui accorde la permission de participer au programme ou à l'activité mentionnée ci-dessus. Je confirme également que j'ai été informé(e) des [conditions d'inscription](#) à ce programme ou à cette activité, et que j'accepte ces conditions.

### Acceptation des risques et exonération de responsabilité : COVID-19

Lorsque des enfants de plusieurs familles participent à un programme récréatif, le risque de voir le virus de COVID-19 entrer dans le programme augmente. L'infection chez les enfants atteints de la COVID-19 est habituellement beaucoup moins sévère que chez les adultes et elle est souvent asymptomatique. Néanmoins, les enfants atteints peuvent transmettre l'infection à d'autres enfants et aux adultes présents au programme. Les enfants peuvent donc ramener à la maison le virus contracté dans un programme et mettre d'autres personnes à risque. Il convient de noter que le processus de dépistage mis en oeuvre dans les programmes ne permet pas de détecter les enfants ou les adultes infectés qui sont asymptomatiques.

- Toutes les personnes, y compris les participants, le personnel et les visiteurs, doivent être contrôlées chaque jour, soit à l'arrivée sur le lieu de l'activité, avant l'entrée.
- Dans la mesure du possible, le dépistage et les vérifications de la température doivent être effectués avant l'arrivée des personnes au camp. Les parents/tuteurs qui ne peuvent pas le faire à la maison doivent attendre sur place jusqu'à ce que leur enfant ait fait vérifier sa température et soit autorisé à participer à la journée.
- En ce qui concerne la COVID-19 en particulier, quiconque répond aux critères ci-dessous se verra refuser l'accès aux installations/programmes du camp et devra s'isoler pendant une période de 14 jours ou comme indiqué ci-dessous en ce qui concerne la gestion des symptômes :

Symptômes énumérés ci-dessous, tirés du document « COVID-19 - Document de référence sur les symptômes » du ministère de la Santé :

1. fièvre (température égale ou supérieure à 37,8 degrés Celsius), apparition ou aggravation d'une toux, souffle court;
2. autres symptômes - mal de gorge, difficulté à avaler, apparition d'un trouble olfactif ou du goût, nausée, vomissement, diarrhée, douleurs abdominales, écoulement nasal ou congestion nasale (sans cause sous-jacente à ces symptômes, comme des allergies saisonnières, une rhinopharyngite, ou autre);
3. autres signes - manifestation clinique ou radiologique d'une pneumonie;
4. symptômes et signes atypiques - fatigue, malaise ou myalgie inexpliquée, délire (état médical grave qui comprend confusion, modification de la mémoire, comportements étranges), chutes inexpliquées ou augmentation de leur nombre, détérioration fonctionnelle aiguë, aggravation des troubles chroniques, frissons, maux de tête, laryngotrachéite aiguë, conjonctivite, vascularite inflammatoire multisystémique chez les enfants, tachycardie inexpliquée (fréquence cardiaque supérieure à 100 battements par minute) y compris la tachycardie propre à l'âge chez les enfants, diminution de la pression artérielle, hypoxie inexpliquée (même si elle est légère, c.-à-d., saturation en O<sub>2</sub> <90 %), léthargie, et difficulté à se nourrir chez les nourrissons (en l'absence d'autre diagnostic);
5. symptômes correspondant à ceux de la COVID-19 et dépistage de la COVID-19 en laboratoire non concluant;
6. avoir voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours.

**Si les participants présentent un ou plusieurs symptômes de la COVID-19, ils ne seront pas autorisés au programme.**

Je comprends parfaitement que le programme ou l'activité auquel le participant est inscrit peut comporter des risques, des dangers ou des menaces que tous les participants doivent accepter, y compris sans s'y limiter des risques de blessures causées par des activités physiques ou d'autres participants. Ceci étant bien compris, j'accepte par la présente, au nom du participant, tous les risques, dangers et menaces ainsi que la possibilité de blessures ou d'autres pertes découlant de sa participation à ce programme ou à cette activité. J'accepte de libérer, d'exonérer et de dégager la Ville d'Ottawa, ainsi que ses employés, représentants, agents et bénévoles, de toute responsabilité envers moi et le participant, ainsi qu'envers mes héritiers, mes exécuteurs et mes administrateurs, que nous avons, ou pourrions avoir dans l'avenir, pour quelque perte ou dommage que ce soit et de toute réclamation ou demande pour les pertes ou dommages subis par suite de maladies, de blessures ou de dommages, y compris le décès ou des pertes matérielles, quelle qu'en soit la raison, découlant de la participation du participant à ce programme ou à cette activité.

#### Indemnisation

J'accepte, par la présente, de tenir quitte et d'exonérer la Ville d'Ottawa et ses employés, représentants, agents et bénévoles de toute responsabilité pour les dommages matériels ou blessures subis par un tiers découlant de la participation du participant à ce programme ou à cette activité. En signant ci-dessous, j'accepte les conditions relatives à la permission de participer, à l'acceptation des risques, à l'exonération de responsabilité et à l'indemnisation énoncées ci-dessus.

Nom du parent ou du tuteur légal (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du tuteur légal

Date (JJ/MM/AAAA)

Nom du participant, s'il est âgé de 16 ou de 17 ans (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du participant, s'il est âgé de 16 ou de 17 ans

Date (JJ/MM/AAAA)

Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée (LAIMPVP).

Les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire seront utilisés par le personnel autorisé de la Direction générale des loisirs, de la culture et des installations dans le but d'administrer et de gérer les programmes récréatifs et culturels continus. Toute question concernant la collecte et l'utilisation de ces renseignements pour le partage de renseignements avec d'autres directions générales de la Ville peut être envoyée à l'adresse [RCFS/DGLCIRisk@ottawa.ca](mailto:RCFS/DGLCIRisk@ottawa.ca). Pour toute autre question, communiquez avec le 3-1-1.

## Formulaire d'inscription – Annexe A

### Programmes récréatifs et culturels continus

Référence : Politique 8.5.0 - Conditions d'inscription - Direction générale des loisirs, de la culture et des installations

À remplir **uniquement** si vous avez répondu « Oui » à la question 5 de la section intitulée « Renseignements sur l'état de santé et les besoins spéciaux ».

1. Le participant a-t-il besoin d'aide pour les fonctions suivantes (veuillez être le plus précis possible)?

a. Aller aux toilettes

b. Manger

c. S'habiller

d. Voir/Entendre

e. Se déplacer  oui  non

Dans l'affirmative :  Il se déplace par lui-même avec un appareil d'aide à la mobilité.  Il a besoin d'aide pour se déplacer.

f. Capacité à communiquer :  oui  non

Dans l'affirmative :  Verbal  Non-verbal  Aides requises (langue des signes, échange d'images, horaires visuels)

g. Participation :

- |                                                 |                                                   |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Transitions            | <input type="checkbox"/> Rester avec le groupe    |
| <input type="checkbox"/> Changements de routine | <input type="checkbox"/> Suivre les instructions  |
| <input type="checkbox"/> Motivation             | <input type="checkbox"/> Hypertension sensorielle |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____         |                                                   |

h. Comportement :

- |                                                      |                                                                                            |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Auto-agression              | <input type="checkbox"/> Agression physique                                                |
| <input type="checkbox"/> Agression envers les autres | <input type="checkbox"/> Contrôle de ses émotions                                          |
| <input type="checkbox"/> Agression verbale           | <input type="checkbox"/> Gestion des situations difficiles (s'isoler, prendre la fuite...) |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____              |                                                                                            |

2. Ce que le participant préfère :

3. Ce que le participant n'aime pas ou craint, ou ce qui le provoque :

4. Quel soutien le participant reçoit-il à l'école?

- |                                                                |                                                                   |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Class ordinaire                       | <input type="checkbox"/> Classe ordinaire avec soutien individuel |
| <input type="checkbox"/> Classe ordinaire avec soutien partagé | <input type="checkbox"/> Classe spécialisée                       |

5. Quel soutien le participant ou sa famille reçoivent-ils d'autres organismes ou fournisseurs de services?

Financement

Orthophonie

Ergothérapie

Physiothérapie

Autres : \_\_\_\_\_

6. Disposez-vous d'autres renseignements qui aideraient le participant à profiter des activités?