



JEUX FRANCOPHONES DE L'ALBERTA – 2012

FORMULAIRE D'INSCRIPTION – BÉNÉVOLE

Renseignements généraux							
Prénom: _____				Nom : _____			
Courriel: _____				Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin			
Téléphone : (____) _____ - _____				Cellulaire : (____) _____ - _____			
Adresse : _____		/ _____		/ _____			
Rue - C.P.		Ville		Code Postal			
Date de naissance : ____ / ____ / ____				Moyen de communication : <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Téléphone			
Jour / Mois / Année							
Avez-vous votre carte de premiers soins ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
Chandail				Délégation représentée (au besoin)			
Grandeur de t-shirt : <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> TG				Zone : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9			
Aptitudes linguistiques							
Français		Parlé : <input type="checkbox"/> Débutant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Avancé			Écrit : <input type="checkbox"/> Débutant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Avancé		
Anglais		Parlé : <input type="checkbox"/> Débutant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Avancé			Écrit : <input type="checkbox"/> Débutant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Avancé		
Intérêts particuliers							
Services généraux		Sports		Disciplines		Autres	
Accueil / information	<input type="checkbox"/>	Arbitre certifié	<input type="checkbox"/>	Athlétisme	<input type="checkbox"/>	Cérémonies	<input type="checkbox"/>
Accréditation	<input type="checkbox"/>	Marqueur	<input type="checkbox"/>	Badminton	<input type="checkbox"/>	Montage / Démontage	<input type="checkbox"/>
Alimentation / repas	<input type="checkbox"/>	Chronométrateur	<input type="checkbox"/>	Basketball	<input type="checkbox"/>	Bénévole volant	<input type="checkbox"/>
Transport	<input type="checkbox"/>	Annonceur	<input type="checkbox"/>	Soccer	<input type="checkbox"/>	Appui général	<input type="checkbox"/>
Sécurité / Médical	<input type="checkbox"/>	Juge de ligne	<input type="checkbox"/>	Volleyball	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>
Disponibilité							
		7h00-12h00	12h00 – 16h00	16h00-20h00	20h00-24h00		
Vendredi 25 mai 2012			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Samedi 26 mai 2012		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dimanche 27 mai 2012		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Personnes-ressources en cas d'urgence							
Prénom: _____				Nom : _____			
Maison: (____) _____ - _____				Lien : _____			
Cellulaire : (____) _____ - _____							

Signature: _____

Date : ____ / ____ / _____

***** Remettre le formulaire complété à la FSFA



Bureau / Office 308
 8627, Rue / Street Marie-Anne-Gaboury (91 st)
 Edmonton, Alberta T6C 3N1
 Téléphone / Phone : 780 469-1367
 Télécopieur / Fax : 780 469-1363



JEUX FRANCOPHONES DE L'ALBERTA – 2012

FORMULAIRE MÉDICAL

Renseignements médicaux

Numéro d'assurance maladie (AB Health) : _____

Avez-vous des allergies **autres qu'alimentaires** ? OUI (*précisez, ci-dessous*) NON

Spécifiez : _____

Portez-vous des lunettes? OUI NON Portez-vous des lentilles cornéennes? OUI NON

Êtes-vous atteints d'une maladie ? OUI (*précisez, ci-dessous*) NON

Asthme Diabète Épilepsie Hypertension

Autres : _____

Est-ce que vous prenez des médicaments? OUI (*précisez, ci-dessous*) NON

Spécifiez : _____

Avez-vous des blessures importantes à nous mentionner ? OUI (*précisez, ci-dessous*) NON

Spécifiez : _____

Alimentation

Avez-vous des besoins alimentaires spécifiques ?

Végétarien Végétalien Autres : _____

* Le Comité organisateur prendra les mesures possibles pour convenir aux besoins spécifiques.

Avez-vous des allergies alimentaires ? OUI (*précisez, ci-dessous*) NON

* Le Comité organisateur prendra les précautions nécessaires pour assurer que les produits allergènes soient absents du site.

Spécifiez, les allergènes : _____

- ✓ Je peux avoir une réaction allergique si je **mange** les allergènes ci-dessus ? OUI NON
- ✓ Je peux avoir une réaction allergique si je suis en contact avec les allergènes (**odeur, touché**)? OUI NON
- ✓ Mon allergie est **potentiellement mortelle** (choc anaphylactique) ? OUI NON
- ✓ J'ai un **epipene** (épinéphrine) en cas d'urgence ? OUI NON

Décrivez les autres réactions et autres renseignements au besoin : _____

Consentement médical

- En tant que bénévole, je donne mon consentement à tous examens ou traitements médicaux que le participant pourrait avoir à subir durant les Jeux, lorsque jugé nécessaire par les autorités médicales en place.
- En tant que bénévole, je devrai assumer les coûts, en cas d'urgence où les services ambulanciers seront requis.
- J'atteste que les informations mentionnées ci-dessus sont exactes.

Signature: _____

Date : ___ / ___ / _____

** Tous changements dans les renseignements
ci-dessus doivent être absolument communiqués à la FSFA avant jeudi 24 mai 2012.

***** Remettre le formulaire complété à la FSFA



Bureau / Office 308
8627, Rue / Street Marie-Anne-Gaboury (91 st)
Edmonton, Alberta T6C 3N1
Téléphone / Phone : 780 469-1367
Télécopieur / Fax : 780 469-1363