**Programmes pour adultes – Formulaire d’inscription**

Objet : Politique 8.5.0 de la Direction générale des loisirs, de la culture et des installations sur les conditions d’inscription

Prenez le temps de bien remplir le formulaire. Les 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 pour garantir comme il se doit la santé et la sécurité du participant.

|  |  |
| --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS SUR LE PROGRAMME** | |
| Titre du programme ou de l’activité : | |
| Dates auxquelles le programme ou l’activité est offert : | Lieu où le programme ou l’activité est offert : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT** | | |
| Nom complet du participant  Nom de famille | Prénom | Date de naissance (J/M/A)  Âge : |
| Téléphone : | Sexe :  Masculin : \_\_\_ Féminin : \_\_\_ | Courriel : |
| Adresse :  Numéro Rue Ville Province Code postal | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONNE À CONTACTER EN CAS D’URGENCE** | | |
| Prénom et nom de la première personne : | Prénom et nom de la deuxième personne : | Prénom et nom de la troisième personne : |
| Lien avec le participant : | Lien avec le participant : | Lien avec le participant : |
| Téléphone : | Téléphone : | Téléphone : |
| Courriel : | Courriel : | Courriel : |

|  |
| --- |
| **ÉTAT DE SANTÉ ET BESOINS SPÉCIAUX** |
| 1. Le participant doit-il prendre des médicaments (par voie orale, par injection, avec ordonnance, sans ordonnance ou par voie respiratoire)?   Oui : \_\_\_\_\_ Non : \_\_\_\_\_\_  Le participant devra-t-il prendre des médicaments durant les heures du programme?  Oui : \_\_\_\_ Non : \_\_\_\_  Dans l’affirmative, remplissez le Formulaire de demande d’administration de médicaments. |
| 1. Le participant souffre-t-il d’allergies pouvant mettre sa vie en danger?   Oui : \_\_\_\_ Non : \_\_\_\_ Si oui, veuillez préciser : |
| 1. Le participant a-t-il un problème de santé ou une incapacité (physique ou mentale, ou déficience développementale) qui pourrait influer sur sa capacité à participer au programme?   Oui : \_\_\_\_ Non : \_\_\_\_ Si oui, veuillez préciser :     1. Le participant a-t-il besoin de mesures d’adaptation pour pouvoir participer aux activités de façon sécuritaire?   Oui : \_\_\_\_\_ Non : \_\_\_\_\_\_  **Veuillez remplir le présent formulaire et l’annexe A.**  Nous vous invitons à soumettre vos formulaires au moins deux semaines avant le début du programme. |

|  |
| --- |
| **CONSENTEMENT ET CAPACITÉ** |
| 1. *Selon la Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, *le consentement éclairé est l’autorisation accordée avec la connaissance des conséquences possibles, ce qui correspond habituellement au consentement qu’un patient donnerait à son médecin s’il avait la pleine connaissance des risques et des avantages du traitement en question.*   Le participant est-il capable de donner un consentement libre et éclairé?  Oui : \_\_\_\_ Non : \_\_\_\_ Dans la négative, veuillez passer à la question suivante.  ***Si le participant est incapable d’un consentement libre et éclairé, le consentement doit alors être donné par la personne admissible qui vient en premier dans la hiérarchie prescrite par la réglementation provinciale, c’est-à-dire le mandataire spécial.***  *En Ontario, la* Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé *définit la capacité comme étant l’aptitude à comprendre les renseignements nécessaires à la prise d’une décision et l’aptitude à évaluer les conséquences et les risques de cette décision. Si une personne est déclarée incapable de prendre une décision sur ses soins de santé, son mandataire spécial sera chargé de prendre la décision en son nom.*  Le participant a-t-il un mandataire spécial? Oui : \_\_\_\_ Non : \_\_\_\_  Dans l’affirmative, veuillez indiquer le ou les noms et les coordonnées des personnes désignées :    *La procuration relative au soin de la personne vous permet de désigner un procureur au soin de la personne : une personne que vous autorisez à prendre des décisions concernant tous les aspects de vos soins, sauf disposition contraire. Les aspects des soins englobent les soins de santé, l’hébergement, l’habillement, l’alimentation, l’hygiène et la sécurité personnelle. Pour pouvoir signer cette procuration, vous devez être capable de cet acte, c’est-à-dire comprendre ce qu’il signifie.*  Le participant a-t-il fait une procuration relative au soin de la personne?  Oui : \_\_\_\_ Non : \_\_\_\_ Dans l’affirmative, veuillez indiquer le ou les noms et les coordonnées des  personnes désignées : |
| 1. Arrivée et départ  Passera-t-on prendre le participant?  **ou** l’autorisez-vous à partir seul?  Quel sera le moyen de transport?  No de Para Transpo (le cas échéant) :  Le participant peut-il demeurer sur le site sans la supervision d’un employé de la Ville après les heures du programme?  Oui : \_\_\_\_ Non : \_\_\_\_  Afin d’offrir le moyen de transport le plus sécuritaire au participant, il est primordial que le personnel de la Direction générale des loisirs, de la culture et des installations (DGLCI) puisse échanger des renseignements sur la capacité actuelle et permanente du participant à voyager à bord des divers types de véhicules de transport en commun. Je consens par les présentes à ce que les employés de la DGLCI recueillent des renseignements personnels concernant la capacité du participant à utiliser les divers types de transport en commun. |
| |  |  | | --- | --- | | **PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER LE PARTICIPANT \*le cas échéant** | | | 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. | | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Prénom et nom de la personne** | **Prénom et nom de la personne** | **Prénom et nom de la personne** | | **Lien avec le participant** | **Lien avec le participant** | **Lien avec le participant** | | **Numéro de téléphone** | **Numéro de téléphone** | **Numéro de téléphone** |   **Les parents, tuteurs et personnes à joindre en cas d’urgence indiquées ci-dessus sont autorisés à venir chercher le participant.** |  | | **En cas de restrictions quant aux droits de garde ou de visite, veuillez transmettre les documents juridiques pertinents au personnel à temps plein.** | | |  | | |
| 2. Nous autorisez-vous à prendre des photographies et 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 : \_\_\_\_ |
| 3. Écran solaire : Les politiques de la Ville d’Ottawa autorisent les membres du personnel à aider les participants à appliquer de l’écran solaire, pourvu que la déclaration suivante soit remplie.  Je\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorise les membres du personnel de la Ville d’Ottawa à aider \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à appliquer de l’écran solaire.  Je comprends que l’application adéquate de l’écran solaire relève de mon entière responsabilité et non de celle des employés. Je comprends aussi que je dois fournir une bouteille d’écran solaire approuvée et clairement étiquetée. Nous recommandons que l’écran solaire soit hydrofuge, qu’il protège contre les rayons UVA/UVB, qu’il offre une protection SPF d’au moins 30 et qu’il ne contienne **aucune trace d’arachide.** |

**Permission de participer, acceptation des risques, exonération de responsabilité et obligation d’indemnisation**

**Veuillez lire attentivement ce qui suit.**

***En signant le présent document, vous assumez les risques et renoncez à certains droits.***

**Exonération de responsabilité pour la présence du participant sur les lieux sans supervision**

Je conviens que les participants ne bénéficieront ni de l’aide ni de la supervision des employés de la Ville d’Ottawa avant et après les heures du programme, et que sans cette aide ou cette supervision, ils sont exposés à des risques accrus de subir des blessures physiques, des pertes ou d’autres préjudices, et j’accepte de plein gré d’assumer entièrement le risque de blessure, de dommages ou de pertes, quelle qu’en soit la gravité, que le participant pourrait subir parce qu’il s’est trouvé dans les installations du programme sans l’aide ou la supervision d’employés de la Ville.

J’accepte aussi de renoncer à toute réclamation à l’égard de la Ville d’Ottawa, y compris ses représentants, agents, bénévoles et employés (désignés collectivement « la Ville » dans les présentes).

Par la présente, je libère entièrement et irrévocablement la Ville de toute réclamation pour blessures, dommages ou pertes que je pourrais subir en lien direct ou indirect avec le fait de permettre au participant de se trouver dans les installations de la Ville sans aide ou supervision.

Je reconnais en outre que la présente entente est régie par les lois de la province de l’Ontario.

**Acceptation des risques et exonération de responsabilité**

Je comprends parfaitement que l’activité ou le programme auquel je suis 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 tous les risques, dangers et menaces ainsi que la possibilité de blessures ou d’autres pertes découlant de la participation à ce programme ou à cette activité. Je libère, exonère et dégage la Ville d’Ottawa, ainsi que ses employés, représentants, agents et bénévoles, de toute responsabilité envers moi-même, 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 dommage subis par suite de maladies, de blessures ou de dommages, y compris le décès ou des pertes matérielles, qu’elle qu’en soit la raison, découlant de ma participation 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 ma participation 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 participant (en caractères d’imprimerie) | Signature du participant | Date |
| Nom du mandataire spécial ou du procureur (en caractères d’imprimerie) | Signature du mandataire spécial ou du procureur | Date |
| Nom du parent ou du tuteur | Signature du parent ou du tuteur | Date |

Les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire ou autrement (en personne, au téléphone ou par courriel) seront utilisés par le personnel autorisé de la Direction générale des loisirs, de la culture et des installations pour l’administration et la gestion des programmes récréatifs et culturels. Les renseignements personnels du participant pourront aussi être échangés avec d’autres directions générales de la Ville et organismes, conformément à la section d’autorisation ci-dessus. Les questions concernant la collecte et l’utilisation de renseignements à des fins d’échange avec d’autres directions générales de la Ville peuvent être adressées au gestionnaire de portefeuille, Loisirs inclusifs au 613-580-2424, poste 29249. Pour toute autre demande de renseignements, téléphonez au 3-1-1.

Les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire seront aussi utilisés pour l’administration et la gestion du programme d’assurance et de gestion des risques de la Ville d’Ottawa. Les questions à ce sujet doivent être adressées au spécialiste des réclamations, au 110, avenue Laurier Ouest, Ottawa, Ontario K1P 1J1, ou par téléphone au 613‑580‑2424, poste 43093.

**Annexe A**

**À remplir uniquement si vous avez répondu « OUI » à la question 4 de la section intitulée « État de santé et besoins spéciaux ».**

1. Le participant a-t-il besoin d’aide pour les fonctions suivantes (veuillez être le plus précis possible) :
   1. Aller à la toilette : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   2. Manger : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   3. S’habiller : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   4. Voir/entendre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   5. Se déplacer :

□ se déplace par lui-même avec un appareil d’aide à la mobilité

□ a besoin d’aide pour se déplacer

* 1. Communiquer – peut-il communiquer? □ OUI □ NON

□ Verbal □ Non-verbal □ Aides requises (langue des signes, échange d’images, horaires visuels)

* 1. Participer aux activités :

□ Transitions □ Changements de routine □ Motivation □ Rester avec le groupe

□ Suivre les instructions □ Hypertension sensorielle

* 1. Gérer son comportement :

□ Auto-agression □ Agression envers les autres □ Agression verbale □ Agression physique

□ Contrôle de ses émotions □ Gestion des situations difficiles (s’isoler, prendre la fuite…)

* 1. Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ce que le participant préfère : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ce que le participant n’aime pas ou craint : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

□ Financement □ Ergothérapie □ Orthophonie □ Physiothérapie □ Autre

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

CONDITIONS D’INSCRIPTION

1. Un formulaire d’inscription doit être rempli pour chaque participant. Si un participant souffre d’allergies graves, ses parents ou son tuteur légal doivent remplir le Formulaire de demande d’administration de médicaments, remettre **deux** auto-injecteurs d’épinéphrine (p. ex. EpiPenMD) et fournir **une** photo récente du participant.
2. Les participants, parents ou tuteurs légaux doivent aviser le personnel du programme de tout changement aux renseignements fournis dans le formulaire d’inscription, notamment en ce qui concerne les problèmes médicaux, physiques ou affectifs.
3. Les participants, parents ou tuteurs légaux doivent aviser le personnel du programme en cas de retard ou d’absence du participant.
4. Les renseignements sur l’arrivée et le départ des participants seront consignés par un employé. Le participant doit arriver et partir aux heures convenues avec l’une des personnes autorisées. Afin d’offrir le moyen de transport le plus sécuritaire au participant, il est primordial que le personnel de la Direction générale des loisirs, de la culture et des installations puisse échanger des renseignements sur la capacité actuelle et permanente du participant à voyager à bord des divers types de véhicules de transport en commun. Les participants, parents ou tuteurs légaux doivent aviser les employés de tout changement concernant le transport du participant.
5. Les parents ou tuteurs légaux sont responsables du participant **avant** le début du programme ainsi que **dès** leur arrivée, lorsqu’ils viennent le chercher à la fin de la journée.
6. Les participants sont responsables de leurs effets personnels. La Ville d’Ottawa ne peut en aucun cas être tenue responsable de la perte d’objets appartenant à un participant d’un programme ni des dommages qui leur sont causés.
7. Les participants qui manifestent des problèmes de comportement peuvent devoir participer aux programmes de la Ville d’Ottawa en compagnie d’une personne de soutien, afin de pouvoir bien s’intégrer et participer aux activités.
8. Le participant, les parents ou tuteurs légaux acceptent de payer pour tout dommage causé intentionnellement par le participant au matériel des installations et à la propriété d’autrui.
9. Les drogues illicites, l’alcool et les armes sont interdits sur les propriétés de la Ville d’Ottawa.
10. Les participants doivent respecter la dignité et les droits des autres participants au programme et du personnel. La Ville d’Ottawa se réserve le droit d’exclure temporairement un participant ou d’annuler son inscription immédiatement s’il contrevient aux règles suivantes concernant le comportement :
    * Un comportement inadéquat ou agressif, ou encore un langage grossier à l’égard d’autres participants ou de membres du personnel, ne seront pas tolérés.
    * Le respect à l’égard de la propriété de la Ville d’Ottawa et celle d’autrui est de mise.
11. Tous les participants doivent respecter les lois et la réglementation fédérales, provinciales et municipales de même que les politiques, les procédures et les règlements de la Ville d’Ottawa.

Le non-respect des conditions d’inscription sera sanctionné par un avertissement écrit. Si les manquements aux conditions d’inscription se poursuivent, la Ville d’Ottawa se réserve le droit d’expulser le participant du programme. Un participant qui pose un acte répréhensible dont la gravité est jugée sérieuse, tel que violence ou mauvais traitements, peut être expulsé du programme immédiatement, même s’il s’agit d’un premier incident.