



**Hôpital Notre-Dame Hospital (Hearst)
CAMP ESTIVAL
DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ
FORMULAIRE DE DEMANDE
5 – 9 JUILLET 2010**

Section Un : Renseignements généraux

Non de l'élève

Nom de famille, Prénom

Sexe (encerclez la réponse)

Masculin Féminin

Casier postal

Numéro et rue

Appartement

Ville

Province

Code postal

Adresse électronique

Numéro de téléphone

Nom de l'école

Personne-ressource à votre école

Numéro de téléphone de la personne-ressource

L'Hôpital Notre-Dame Hospital recueille des renseignements personnels sur ce formulaire afin de déterminer votre admissibilité au Camp estival des professions de la santé et vos qualifications. Prière d'adresser directement toute question au sujet de cette collecte de renseignements à la coordonnatrice des ressources humaines de l'Hôpital Notre-Dame Hospital au 372-2938.

Section Deux : Déterminez votre intérêt

Veillez indiquer votre degré d'intérêt pour les professions de la santé (encerclez une réponse)

Pas du tout intéressé

Un peu intéressé

Très intéressé

Êtes-vous au courant des professions dans le domaine de la santé?

Pas du tout

Un peu

Beaucoup

Section Trois : Consentement des parents/gardiens

Nom du parent ou gardien

Numéro de téléphone pendant la journée

Nom de famille, Prénom

Adresse électronique

Numéro de téléphone à domicile

Nom d'une autre personne à appeler en cas d'urgence Lien avec l'élève

Numéro de téléphone de cette personne

Veillez indiquer les besoins spéciaux de votre enfant en matière de santé et d'accessibilité, y compris les allergies.

NOTE : Le personnel du camp n'administrera pas de médicament aux élèves. En cas de choc anaphylactique, l'élève devra s'administrer lui-même son médicament prescrit. Le personnel communiquera immédiatement avec le service d'urgence de l'Hôpital Notre-Dame Hospital. Les parents seront avertis de tout incident.

Je consens à ce que la photo de mon fils/ma fille figure dans les documents de promotion du camp estival des professions de la santé.

Signature du parent ou gardien :

J'autorise mon fils/ma fille désigné(e) ici à participer au programme du Camp estival des professions de la santé de l'Hôpital Notre-Dame Hospital.

Signature du parent ou gardien :

Veillez noter : Nous encourageons les parents à communiquer avec l'Hôpital Notre-Dame Hospital afin d'obtenir d'autres renseignements sur le Camp estival des professions de la santé.

COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS

Ces renseignements sont recueillis et conservés en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Ils sont utilisés par le bureau des ressources humaines et le personnel du camp estival des professions de la santé de l'Hôpital Notre-Dame Hospital. Ce formulaire servira à accéder rapidement aux renseignements en cas d'urgence et pour assurer la sécurité de votre enfant. Le nom, l'adresse et le numéro de téléphone peuvent être transmis à l'assureur si l'élève est impliqué dans un accident ou en est témoin. Ces renseignements seront classés dans le bureau des ressources humaines de l'Hôpital Notre-Dame Hospital. La personne-ressource est Tina Désormiers, coordonnatrice des ressources humaines.

******* Veuillez détacher cette section et la remettre à votre référence *** Ou envoyez la recommandation par courriel à : Information@ndh.on.ca

Section Quatre : Nomination

Veillez demander à un enseignant, un conseiller d'orientation, un mentor, un directeur d'école, etc., de remplir cette section.

Nom de l'élève

Nom de l'école

Nom de famille, Prénom

École

Candidature proposée par

Numéro de téléphone pendant la journée

Nom de famille, Prénom

()

Adresse électronique

Commentaires à l'appui de la participation de cet élève au programme

N'hésitez pas à joindre une feuille séparée au besoin.

J'estime que l'élève indiqué ci-dessus est un bon candidat au Camp estival des professions de la santé et j'appuie pleinement sa participation au programme.

Signature

