



**Formulaire d'inscription
Missions Paradox
Paris 2019**

Partie à détacher et à envoyer par la poste à
Noémie Badeaux,
Centre Évangélique de Shawinigan
773, av. de la Station, Shawinigan, G9N 1W3, QC

Date limite :
Vendredi 14 décembre 2018

Formulaire d'inscription

(partie à détacher et à envoyer par la poste)

Destination missionnaire : Paris, France

Nom du voyageur : _____

Sexe : M ou F

Date de naissance : ____/____/____ Âge en date du 1^{er} juillet 2019 : ____

Adresse complète : _____

de téléphone : ____ # de cellulaire : ____

Courriel : _____

Profession : _____

Nom de votre l'église locale : _____

Adresse complète : _____

de téléphone : ____

Nom du pasteur principal : _____

Courriel : _____

Nom du pasteur jeunesse : _____

Courriel : _____

Êtes-vous citoyen(ne) canadien(ne) ? OUI NON

Si NON, indiquez votre citoyenneté : _____

Statut matrimonial : _____

Noms des parent(s) : _____

Père

Mère

OU

Nom du mari / de l'épouse (si marié(e)) _____

de téléphone : ____ (Père/mari)

de téléphone : ____ (Mère/épouse)

Prénom(s) & nom(s) exacts : _____
(tels qu'ils apparaissent sur le passeport)

Numéro de passeport : _____

Date d'émission : _____ Date d'expiration : _____

Je n'ai pas encore mon passeport.

Veillez, s'il vous plaît, faire 3 copies de votre passeport : une copie pour le District du Québec, une autre à conserver auprès d'un membre de votre famille, puis une pour la responsable de groupe.

Quels sont tes talents, tes forces ou tes habiletés particulières? _____

Quels sont les ministères qui te passionnent (éducation chrétienne ou les enfants; louange; multimédia, actions sociales pour les démunis, etc.)? _____

Raconte un court témoignage de ta vie avec Dieu (arrière-plan spirituel, cheminement avec Dieu, expérience du salut, etc.). Il est possible d'insérer une autre page au besoin.

Questionnaire médical

(partie à détacher et à envoyer par la poste)

Maladies ou autres :

Asthme

Hyperventilation

Épilepsie

Grossesse

Claustrophobie

Évanouissement

Diabète

Hypoglycémie

Saignement du nez

Chirurgie récente

Allergies : _____

Autres : _____

Procédures à prendre en cas de difficultés :

Avez-vous tous les vaccins requis? (mentionnés à la page 2 du document présent) Sinon, lesquels vous manquent-ils?

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

Nom : _____ Nom : _____

Téléphone : _____ Téléphone : _____

Relation avec la personne : _____ Relation avec la personne : _____

Décharge médicale

En signant ce présent formulaire, j'autorise mon enfant à participer au voyage en France et j'autorise les responsables du District du Québec, s'ils le jugent nécessaire, de permettre le transport de mon enfant par ambulance ou autrement, vers un centre hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de me joindre, j'autorise le médecin choisi par les responsables du District du Québec à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris des injections, la pratique d'une intervention chirurgicale, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Participant (18 ans et plus)

Parent ou tuteur

Nom en majuscules

Nom en majuscules

Signature

Signature

Date

Date

Décharge de responsabilité

(partie à détacher et à envoyer par la poste)

Je, soussigné _____, désire participer au voyage missionnaire à court terme en France (désigné dans ce document comme l'« Activité ») avec le District du Québec qui pourvoie l'organisation de ce voyage.

Le District du Québec et le soussigné comprennent que l'activité comporte certains risques : maladie, accident, pertes de bagages ainsi que des risques semblables ou connexes à tout voyage.

J'atteste avoir lu et pris connaissance des recommandations du ministère des affaires étrangères du Gouvernement du Canada concernant le déplacement de citoyens canadiens en France (<http://voyage.gc.ca/destinations/france>).

J'atteste être pleinement conscient des risques inhérents à l'Activité en question et assume volontairement tous les risques de dommage ou atteinte personnelle qui pourraient survenir lors de l'Activité, dégageant ainsi le District du Québec de toute forme de responsabilité à ces égards.

Je, soussigné, comprend que je suis le seul responsable pour tous frais médicaux qui pourraient découler de ma participation à l'Activité. J'atteste avoir pris une assurance voyage privée à cet effet.

Je, soussigné, affirme avoir pris connaissance de cette Décharge de Responsabilité et l'avoir signée librement.

Participant (18 ans et plus)

Nom en majuscules

Signature

Date

Parent ou tuteur

Nom en majuscules

Signature

Date

Témoin

Nom en majuscules

Date

Signature

