

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR LA RETRAITE DE CANSUPPORT CANSUPPORT RETREAT APPLICATION FORM

Nom complet / Full Name: \_\_\_\_\_

Âge / Age: \_\_\_\_\_ Date de naissance / Date of Birth: \_\_\_\_\_ Sexe / Sex: M F

Adresse / Address: \_\_\_\_\_ Ville / City: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_

Code postal / Postal Code: \_\_\_\_\_ Email / Courriel: \_\_\_\_\_

Téléphone à la maison / Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell / Cellulaire: \_\_\_\_\_

### PERSONNE À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE / EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Nom de la personne à appeler / Name of contact: \_\_\_\_\_

Lien / Relationship: \_\_\_\_\_

Téléphone à la maison / Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell / Cellulaire: \_\_\_\_\_

### À PROPOS DE VOUS / ABOUT YOU

Comment avez-vous entendu parler de la retraite? / How did you hear about this retreat?

\_\_\_\_\_

*Quelques questions afin de mieux vous connaître et pour nous aider à trouver votre camarade de chambre... /  
A few questions so we can get to know you better and to help us find your roommate...*

Je parle / I speak:                      français / French     anglais / English   
Je comprend / I understand:        français / French     anglais / English

Je suis / I am:  
Célibataire / Single             En couple/ In a relationship             Un parent/ A parent

Je suis/ I am:  
Au travail à temps plein / Working full time     Au travail à temps partiel / Working part-time   
À l'école à temps plein / In school full time     À l'école à temps partiel / In school part-time   
Autre / Other

Comments (if desired) / commentaires (si souhaité)  
\_\_\_\_\_

Quels sont vos attentes par rapport à cette retraite? / What do you hope to gain from this retreat?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quels sont pour vous les plus gros défis reliés au fait d'avoir le cancer comme jeune adulte? / What are the biggest challenges of having cancer as a young adult?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Que faites-vous pour vous amuser? / What do you like to do for fun?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Souhaitez-vous partager d'autre chose pour nous aider à faire de cette retraite un succès pour vous? / Is there anything else we should know about you to make this a successful retreat for you?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CONTACT MEDICAL / MEDICAL CONTACT**

Nom de votre oncologue  ou médecin de famille  / Name of your oncologist  or family physician

Numéro de téléphone (et poste) / Phone Number (and extension): \_\_\_\_\_

Numéro de carte de santé / Health card number \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS MÉDICALES / MEDICAL INFORMATION**

Diagnostic / Diagnosis: \_\_\_\_\_

Date du diagnostic / Date of Diagnosis: \_\_\_\_\_ Date de la récurrence / Date of Relapse: \_\_\_\_\_

Êtes-vous encore sous traitement actif? / Are you still in active treatment OUI/ YES  NON/ NO

Si oui, quel traitement? / If yes, which treatment? \_\_\_\_\_

Si non, quelle était la date de votre dernier traitement? / If no, what was the date of your last treatment? \_\_\_\_\_

Êtes-vous présentement suivi pour d'autres problèmes de santé comme l'épilepsie, le diabète, l'asthme, les allergies (nourriture ou autre) etc.? / Are you currently being treated for other health concerns or medical conditions such as seizures, diabetes, asthma, allergies (food or other) etc? OUI/ YES  NON/ NO

Si oui, de quelle nature/ If yes, indicate what type: \_\_\_\_\_

*\* Chaque participant est responsable de sa propre médication. / Each participant is responsible for their own medication. \**

Avez-vous des restrictions alimentaires ou des besoins particuliers (végétarien)? / Do you have any food restrictions or special dietary needs (i.e. vegetarian)? \_\_\_\_\_

Avez-vous des particularités physiques qui nécessitent un équipement spécial ou qui pourraient avoir un impact à votre participation à une activité physique? / Do you have any physical challenges that may require special equipment or impact your participation in physical activities? OUI/ YES  NON/ NO

Si oui, quel type / If yes, what kind? \_\_\_\_\_

**Un formulaire signé de votre médecin traitant est obligatoire pour ceux sous traitement actif ou qui sont moins de 3 mois post-traitement pour participer à la retraite.**

**A signed form from your physician is necessary for those in active treatment or less than 3 months post-treatment in order to participate in the retreat.**

**EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ**

En signant ce document, j'accepte de participer à la retraite pour les jeunes adultes ayant le cancer (ici appelé 'activité') du 17 – 19 juin, 2016. J'accepte de dégager Cedars CanSupport de même que ses représentants, de toute responsabilité en cas de blessures, y compris la mort, subis pendant ou en conjonction avec l'activité. Je suis d'accord que ma sécurité est principalement ma propre responsabilité. Je donne aussi ma permission pour recevoir des soins médicaux d'urgence en cas de blessure ou d'accident.

J'ai lu et compris l'exonération. Signature du participant: \_\_\_\_\_

**WAIVER OF LIABILITY**

By signing this form, I agree to participate in the AYA retreat (referred to herein as the "Activity") held from June 17 - 19, 2016, and to release, waive, discharge, and covenant not to sue, and agree to hold Cedars CanSupport and their representatives from and against any and all liabilities, demands, claims, or injuries, including death, that I may sustain during or in conjunction with the Activity. I agree that my safety is primarily my own responsibility. I also give my permission to seek emergency medical care if an injury or accident should occur.

I have read and understood this waiver. Participant signature: \_\_\_\_\_

**Merci! Thank you!**