



**Forme de permission pour le programme d'identification de l'enfant du
mason d'Ontario**

(MasoniCh.I.P. Ontario)

Veuillez imprimer toutes les entrées excepté la signature

Je, _____, suis le _____
de

(nom et prénoms de parent ou de gardiens juridiques) (rapport, c.-à-d. parent ou gardien juridique)

_____, un mineur.

(le nom et prénoms de l'enfant)

Comme parent ou gardien juridique, je donne la permission pour que cet enfant participe au MasoniCh.I.P. Programme d'Ontario. En participant à ce programme, il est entendu que je recevrai ce qui suit :

1. Disque compact avec la photo de l'enfant, empreintes digitales, description, et impression d'impression de dent de roulement de gaufrette de morsure de la vidéo
2. (préparée sous la direction d'un professionnel de santé) ou une intra tige orale pour le rapport de données d'ADN
3. avec l'information, l'image et les empreintes digitales

En outre, je comprends que n'importe quel matériel produit dans le procédé d'identification (c.-à-d. écritures, disque compact, gaufrette de morsure) devient la propriété unique du parent ou du gardien juridique de l'enfant. Aucune copie ne sera tirée ou sera maintenue sur le dossier par les masons ou par n'importe quelle autre agence ou établissement participante associé.

De plus, je comprends que les masons fournissent ce programme d'identification seulement comme service de communauté à aucune charge. En tant que le parent ou gardien juridique de cet enfant, je libère par ceci les masons de n'importe quelle et de toute la responsabilité de chaque sorte et description concernant la participation à ce programme.

Signature _____ Date _____

Comment vous avez entendu parler de la clinique



Les Masons Vous aidant Protègent Ceux Que Vous Aimez !

Feuille De Collection De l'Information De Programme D'Identification D'Enfant

Fournir n'importe quelle partie de ces informations est volontaire sur votre partie, toutefois le plus d'information fournie, plus cette ressource sera pour vous dans un moment du besoin plus efficace. RAPPELEZ-VOUS - MasoniCh.I.P. Ontario n'en maintient aucune de cette information.

INFORMATION DE L'ENFANT

Prénom: _____ Deuxième prénom: _____

Nom: _____

Surnom: _____

Parent / gardien juridique: _____

Sex: _____ Grandeur: _____

Poids: _____ Race: _____

Couleur des yeux: _____ Couleur des cheveux: _____

Verres correctifs: _____ Mois de naissance _____ Jour _____ Année _____

Marques distinctives: _____

Autres notes ou considérations: _____

Numéro de téléphone: _(_____)_____

Adresse: _____

Code Postal: _____

Ville: _____