



5020/5040/5050/5060/5080/5360/
5370/5550/5580/6290/6330/6400/
7010/7040/7070/7080/7090/7790/
7815

EXPÉRIENCE NATIONALE HIP « JEUNES-À-JEUNES »

CANDIDATURE 2025

INDICATIONS

HIP est une organisation garantissant l'égalité des chances ; nous ne faisons aucune discrimination fondée sur la race, la religion, la couleur, l'origine ethnique, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression de genre, l'âge, le statut de personne en situation de handicap ou d'autres caractéristiques légalement protégées.

1. Veuillez **IMPRIMER** clairement. Les candidatures illisibles seront rejetées.
2. Assurez-vous de répondre à **TOUTES** les questions. Si vous pensez qu'une question ne s'applique pas, répondez «SO» pour « sans objet ».
3. Envoyer le formulaire complété à: **leadership.circle@hipally.com** au plus tard le 20 décembre 2024.

Nota Bene : Bien que HIP soit une organisation garantissant l'égalité des chances, cet événement est conçu spécifiquement à l'intérieur du programme « VÉRITÉ ET RÉCONCILIATION » du Gouvernement du Canada en tant que processus continu d'établissement et de maintien de relations respectueuses entre les personnes autochtones et non autochtones du Canada.

JE RECONNAIS

Je suis citoyen canadien ou résident permanent au Canada.

Au 1er mars 2025, j'aurai entre 15 et 17 ans.

Je suis étudiant.e dans une école secondaire

J'accepte que soumettre une candidature ne signifie pas que je serai accepté. En cas d'un trop grand nombre de demandes, les candidatures les plus pertinentes seront retenues.

INFORMATIONS PERSONNELLES

Toutes les informations que vous fournissez sont protégées conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels du gouvernement fédéral. Les informations recueillies sont destinées spécifiquement à la planification et à la réalisation de cet événement d'engagement entre jeunes et ne seront pas vendues, louées ou divulguées autrement qu'aux fins de cet événement.

Nom de famille:		Prénom:	
Surnom:		Pronoms:	
Date de naissance: Jour	Mois	Année	
À quel groupe des groupes suivants appartenait vos ancêtres?			
<p>Première Nation de l'Île de la Tortue Métis de l'Île de la Tortue Inuit de l'Île de la Tortue Europe (Britannique, Écossais, Gallois, Irlandais, Français, Allemand, Néerlandais, Polonais, Ukrainien, Hongrois, Danois, Suédois, Norvégien, Espagnol, Italien, Portugais, Grec, etc.) Afrique (Algérien, Égyptien, Marocain, Ethiopien, Kenyan, Tanzanien, Angolais, Congolais, Camerounais, Sud-Africain, Namibien, Nigérian, Sénégalais, Ghanéen, etc.) Amériques/Caraïbes/Îles du Pacifique (Mexique, Portoricain, Cubain, Jamaïcain, Haïtien, Amérique Latine, Hawaïen, etc.) Asie (Chinois, Japonais, Coréen, Taïwanais, Vietnamien, Cambodgien, Philippin, Malaisien, Indonésien, Thaïlandais, Indien, Pakistanais, Bengali, Sri-Lankais, Tamoul, Arménien, Turc, Arabe, Russe, etc.) Australie/Océanie (Australie, îles du Pacifique Sud)</p>			

Identité du genre: Masculin Féminin Queer/non binaire 2SLGBTQI+ Autre Je préfère ne pas divulguer pour le moment	Dans quel type de communauté vivez-vous ? Rural Urbain Communauté autochtone
Taille du T-shirt: Petite Moyenne Grande X-Grande XX-Grande	Vous identifiez-vous comme une personne ayant un handicap (visible ou non visible) ? Oui Non
Avez-vous un problème de santé physique et/ou mentale qui réduit le type ou la quantité d'activités que vous pouvez faire ou qui pourrait nécessiter un soutien supplémentaire ou des aménagements spéciaux ? Oui Non Si oui, explique lesquels:	
Veillez énumérer tous les médicaments que vous prenez, les allergies et/ou les sensibilités alimentaires que vous pourriez avoir:	

COORDONNÉES

Téléphone: Cellulaire:	Courriel:	
Adresse:		
Ville:	Province:	Code postal:

INFORMATIONS DU PARENT ou TUTEUR

Nom de tuteur/parent 1:	Téléphone d'urgence:
Nom du tuteur/parent 2:	Téléphone d'urgence:

SCOLARITÉ ET INTÉRÊTS

Nom de l'école:	
Niveau scolaire actuel: neuf (9) Secondaire 2 dix (10) Secondaire 3 onze (11) Secondaire 4	Intérêts personnels: Protection de l'environnement Soutenir l'éducation Eau propre, assainissement et hygiène Sauver les mères et les enfants Croissance des économies locales Combattre les maladies Promouvoir la paix Autre, veuillez énumérer: _____
Veillez énumérer toutes les activités scolaires auxquelles vous participez (clubs, groupes, arts, sports, etc.):	
Veillez énumérer toutes les activités communautaires auxquelles vous participez (bénévolat, etc.):	

RÉFÉRENCES

Veillez inclure deux références que nous pouvons contacter pour en savoir plus sur vous (de préférence une personne enseignante ou une personne avec qui vous travaillez et non un.e ami.e ou un.e membre de votre famille).

Nom 1:		
Téléphone:	Courriel:	
Cellulaire:		
Lien avec vous:		
Adresse:		
Ville:	Province:	Code Postal:
Nom 2:		
Téléphone:	Courriel:	
Cellulaire:		
Lien avec vous:		
Adresse:		
Ville:	Province:	Code Postal:

DITES-NOUS POURQUOI VOUS ÊTES INTÉRESSÉ.E PAR CE PROGRAMME

Veillez rédiger un court paragraphe démontrant pourquoi vous êtes intéressé à participer à cet événement. Vous pouvez également nous soumettre un lien vers un message multimédia (vidéo TikTok, YouTube, etc.).

Je suis intéressé.e à participer à ce programme pour :

ENGAGEMENT

Je reconnais que mon engagement dans ce programme est rendu possible grâce aux parrainages. En échange, je m'engage à:

Faire une présentation sur mon expérience JàJ dans mon école
Faire une présentation aux commanditaires JàJ et à des clubs Rotary.

EXPÉRIENCE NATIONALE HIP « JEUNES-À-JEUNES »

FORMULAIRE DE DÉCHARGE 2025

PARTICIPANT(E) JEUNESSE

En lien avec l'acceptation de mon formulaire d'inscription, je certifie que les informations fournies dans ce formulaire sont complètes, véridiques et exactes au meilleur de ma connaissance. De plus, en participant à ce programme:

- J'autorise HIP à photographier, enregistrer sur bande vidéo, audio et filmer et à publier des enregistrements dans les publications HIP, y compris du matériel de marketing et de promotion, tant maintenant qu'à l'avenir.
- J'affirme que je suis en bonne santé et en bonne condition physique, que je n'ai pas été récemment traité et que je ne connais aucune condition qui pourrait empêcher ma participation à cet engagement au-delà de ce qui a été identifié dans le présent formulaire.
- J'ai été entièrement pleinement vacciné.
- Je comprends et j'accepte à mes propres risques les dangers éventuels de ma participation au programme.
- Je comprends qu'une infraction aux règles, aux règlements et aux directives peut entraîner mon retrait du programme.

Signature d'un parent/tuteur	
Date:	

CONSENTEMENT PARENTAL

En tant que parent/tuteur autorisé _____, je décharge *Honoring Indigenous Peoples* (HIP), les districts du Rotary, les clubs Rotary participants, le Rotary International, les aînés, les gardiens du savoir, leurs directeurs, employés, agents et serviteurs de toute responsabilité quelle qu'elle soit découlant de la participation de mon enfant, et déclare que cette décharge me lie ainsi que mes héritiers et les ayants droit.

J'accepte que toutes les photos, interviews ou autres informations médiatiques colligées au cours de ce programme puissent être utilisées par les organisateurs pour promouvoir cet événement et les événements futurs.

Signature d'un parent/tuteur	
Date:	