



Canadian
Administrator of
VRS (CAV), Inc.

Administrateur
canadien du
SRV (ACS), inc.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PARENTAL

Ce formulaire doit être rempli et signé par un parent ou un tuteur légal pour permettre à l'enfant sourd d'âge mineur d'utiliser SRV Canada.

J'ai lu, j'ai compris et j'accepte les [Modalités d'utilisation](#) et la [Politique de confidentialité](#) de l'ACS et je comprends que ces conditions s'appliqueront à l'enfant sourd couvert par ce formulaire.

Je comprends et j'accepte que la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels en relation avec le service de relais vidéo et avec tout service et logiciel connexe mis à disposition par l'ACS (« **SRV Canada VRS** ») sont régies par la **Politique de confidentialité** de l'ACS.

Je, _____, autorise l'Administrateur canadien du
(Veuillez écrire en lettres moulées le nom complet du parent ou tuteur)

SRV (ACS) inc. à offrir le service SRV à la personne dont le nom suit et à collecter, à utiliser et à divulguer ses renseignements personnels :

_____, (la « **Personne mineure** »), née le _____,
(Veuillez écrire en lettres moulées le nom complet de la personne mineure) (jj/mm/aaaa)

afin de permettre à la personne mineure d'utiliser la langue des signes pour communiquer avec des utilisateurs du téléphone qui utilisent la voix, comme décrit dans la section 3 de la **Politique de confidentialité** d'ACS.

Je comprends que je peux retirer mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels de la personne mineure en tout temps, avec préavis raisonnable. Le retrait de mon consentement peut toutefois entraîner la cessation du service au client.

Je déclare et certifie que je suis majeur(e) et que j'ai la capacité et le droit de fournir ce consentement.

J'autorise par la présente la collecte et l'utilisation de renseignements personnels, comme décrit ci-dessus.

Signature du parent ou tuteur

Date (jj/mm/aaaa)

Adresse du parent ou tuteur

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)

Ville Province Code postal

Adresse courriel du parent ou tuteur



Canadian
Administrator of
VRS (CAV), Inc.

Administrateur
canadien du
SRV (ACS), inc.

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE L'ENFANT

Prénom de l'enfant	
Nom de famille de l'enfant	
Numéro de téléphone cellulaire de l'enfant (le cas échéant)	
Adresse courriel de l'enfant (le cas échéant)	
Mot de passe (doit contenir entre 8 et 20 caractères alphanumériques)	
Langue de correspondance désirée (cochez une case)	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Langue des signes dominante (cochez une case)	<input type="checkbox"/> LSQ (Langue des signes québécoise) <input type="checkbox"/> ASL (American Sign Language)
J'atteste que mon enfant est sourd, malentendant ou souffrant d'un trouble de la parole et qu'il utilise la langue des signes.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'accepte les 5 Modalités de SRV Canada VRS .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Désirez-vous recevoir le bulletin électronique et d'autres mises à jour concernant le SRV Canada?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que l'enfant demeure chez ses parents?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si non, répondez à la question suivante.)
Pour des raisons de sécurité, veuillez fournir l'adresse de l'enfant (rue, ville, province, code postal).	