



## ENGAGEMENT

1. J'ai été invité(e) à me joindre au réseau social Upopolis.
2. Mon nom d'utilisateur et mon mot de passe pour accéder au réseau social Upopolis m'appartiennent et je ne dois jamais les donner à d'autres personnes.
3. Je n'utiliserai pas le mot de passe d'un autre utilisateur pour accéder au réseau social Upopolis.
4. Si nécessaire, du matériel électronique (ordinateur portable ou tablette) pourra m'être prêté en vue de l'utilisation d'Upopolis. Si tel est le cas, je devrai signer le formulaire d'engagement pour le prêt d'outils technologiques et respecter les conditions qui y sont définies, qui s'ajouteront et compléteront le présent Engagement.
5. L'hôpital n'est pas responsable du filtrage des personnes externes avec qui je communique en ligne. C'est ma responsabilité et celle de ma famille de déterminer avec qui je pourrai communiquer.
6. Il est interdit d'afficher des commentaires blasphématoires, diffamatoires ou potentiellement offensifs pour les autres. Si je le fais, mes privilèges d'utilisation du réseau social Upopolis pourraient être modifiés et mon compte utilisateur pourrait être fermé.
7. Les photos que j'affiche doivent être respectueuses et appropriées. Si je désire afficher des photos de mes amis, de ma famille ou de toute autre personne, je dois au préalable obtenir leur permission. Je me demanderai également si ces photos violent la vie privée de quelqu'un d'autre.
8. J'accepte les termes de cet engagement et je comprends que si je ne les respecte pas, mes privilèges d'utilisation du réseau social Upopolis pourraient être modifiés et mon compte utilisateur fermé.

## JOINS UPOPOLIS DÈS AUJOURD'HUI !

Étape 1. Prendre connaissance des conditions d'adhésion et compléter ce formulaire d'inscription.

Étape 2. Détacher et signer le coupon complété, le remettre à un membre du personnel.

---

NOM (en lettres moulées) :

\_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE :

\_\_\_\_\_

NOM DU PARENT ou TUTEUR LÉGAL (en lettres moulées)

NO. DE CHAMBRE: \_\_\_\_\_

NO. DE TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_



Je comprends les conditions de l'Engagement concernant le service fourni par Upopolis et j'accepte de les respecter.

\_\_\_\_\_

Signature du patient

\_\_\_\_\_

Date

Je suis le parent ou le tuteur légal du patient nommé ci-dessus. J'accepte la responsabilité liée à l'utilisation indépendante par mon enfant du service fourni par Upopolis.

\_\_\_\_\_

Signature du parent ou du tuteur

\_\_\_\_\_

Date

J'ai passé en revue cet engagement avec le patient et son parent ou tuteur, dont les signatures figurent ci-dessus, et ils acceptent la responsabilité liée à l'utilisation du service fourni par Upopolis.

\_\_\_\_\_

Responsable du programme

\_\_\_\_\_

Date Upopolis