



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Ce document doit être complété par le demandeur, soit le « patient » ou le « client ».

## A. Renseignement sur le demandeur \*

Tous les champs ayant une indication \* sont obligatoires.

<input type="checkbox"/>	Nouveau patient avec Fly High Inc	<input type="checkbox"/>	Renouvellement patient avec Fly High Inc
<input type="checkbox"/>	Nouveau client avec Fly High Inc	<input type="checkbox"/>	Renouvellement client avec Fly High Inc

Si vous avez coché « patient », veuillez remplir **toutes** les sections **obligatoires**.

Si vous avez coché « client » veuillez remplir les sections **A, B** et **E**.

<b>Nom du demandeur</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prénom *	Nom de famille *
<b>Date de naissance</b>	<input type="text"/>	<b>Sexe *</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X
	(MM/JJ/AAAA) *	
<b>Coordonnées</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Téléphone *	Courriel *
<b>Adresse du domicile</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Adresse *	N° appartement
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ville *	Province *
		<input type="text"/>
		Code Postal *
<b>Type de résidence *</b>	<input type="checkbox"/> Privée (ex: maison, appartement, condo)	
	<input type="checkbox"/> Autre (ex: maison de santé, hospice, hôpital)	

Si autre que résidence privée :

<b>Type d'établissement</b>	<input type="text"/>
-----------------------------	----------------------

## B. Adresse de livraison \*

Cette adresse indique l'endroit où votre produit sera expédié.

<input type="checkbox"/>	Identique à l'adresse du domicile ci-dessus
--------------------------	---

<b>Adresse postale</b> (différente de l'adresse du domicile ci-dessus)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Adresse	N° appartement
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ville	Province
		<input type="text"/>
		Code Postal

### C. Livraison chez le praticien de la santé

Seulement si le produit doit être expédié chez le praticien de la santé.

À remplir par votre praticien de la santé si celui-ci a consenti à recevoir le produit en son nom à son adresse professionnelle.

**Titre et nom du praticien de la santé**

Titre

Prénom

Nom de famille

Je consens à recevoir du cannabis médical au nom du patient (demandeur).

Signature du praticien de la santé

Date (MM/JJ/AAAA)

### D. Personne responsable du demandeur

Si applicable : à remplir par la personne responsable du demandeur

**Nom de la personne responsable**

Prénom

Nom de famille

**Date de naissance**

(MM/JJ/AAAA)

**Sexe**

F

M

**Coordonnées**

Téléphone

Courriel

Je certifie que je suis responsable du demandeur

Signature de la personne responsable

Date (MM/JJ/AAAA)

### E. Consentement du demandeur ou de la personne responsable \*

Les champs débutant par un \* sont à remplir si le demandeur est un patient.

Le demandeur est domicilié au Canada.

Les renseignements indiqués dans ce formulaire d'inscription sont complets et véridictes.

\* Les renseignements indiqués dans le document médical sont complets et véridictes.

\* La copie originale du document médical est envoyée avec ce présent formulaire d'inscription.

\* Le document médical n'est pas utilisé pour la procuration de cannabis médical séché, de l'huile de cannabis ou tout autre produit de cannabis provenant d'un autre fournisseur.

\* Le demandeur utilise le cannabis médical séché, l'huile de cannabis ou tout autre produit de cannabis exclusivement pour ses propres besoins médicaux.

Le demandeur comprend et reconnaît que le cannabis médical séché, l'huile de cannabis ou tout autre produit de cannabis ne sont pas actuellement approuvés à titre de médicament au Canada et que son dosage approprié et ses risques afférents n'ont pas été définis.

Le demandeur reconnaît qu'il fait usage de cannabis médical à ses propres risques, et que Fly High Inc ne peut être tenu responsable des dommages, pertes ou blessures résultants directement ou indirectement de cet usage.

Le demandeur reconnaît que certains renseignements fournis dans ce formulaire peuvent être partagés avec nos fournisseurs de service d'expédition et seulement à ces fins.

Fly High Inc peut utiliser les renseignements personnels sur la santé sur une base anonyme pour la recherche et à des fins médicales seulement.

\* Le demandeur reconnaît que tout document médical envoyé avec ce formulaire d'inscription ne sera pas renvoyé au terme du processus d'inscription.

Le demandeur accepte recevoir de l'information de la part de Fly High Inc par voie électronique contenant des nouvelles, des mises à jour et des promotions liées aux produits et activités de Fly High Inc. Ce consentement peut être annulé en tout temps.

**Signature du demandeur \***

**Date (MM/JJ/AAAA) \***

**ET (si applicable) ;**

**Signature de la personne responsable**

**Date (MM/JJ/AAAA)**