



Formulaire de Consentement			Année Scolaire
Soins Médicaux/Urgence			
INFORMATION DE L'ÉLÈVE			
Nom	Prénom	Deuxième Prénom	
Adresse Permanente			
Ville	Province	Code Postal	No. de Téléphone à la Maison
INFORMATION MEDICALE			
No. de la Carte Santé	Nom du Médecin	No. de Téléphone du Médecin	
Allergie (s), Condition (s) et/ou autre information Médicale que le personnel devrait savoir			
PERSONNE CONTACT EN CAS D'URGENCE			
Nom	Prénom	Lien de Parenté	
No. de Téléphone et Poste au Travail	No. de Téléphone à la Maison	No. Alternatif, spécifiez:	Téléavertisseur <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
<p>Par la présente, je donne la permission, (advenant que le personel essaye de me contacter ou toute autre personne désignée), au professeur de permettre à mon enfant de recevoir des soins médicaux d'urgence. Mon enfant serait conduit à l'hôpital le plus proche d'après le jugement de l'équipe d'urgence.</p>			
Nom du Parent et/ou Tuteur/Tutrice- Imprimez	Signature	Date (mm/jj/aaaa)	