



## Club des Aventuriers FORMULAIRE MÉDICAL

Nom de l'Aventurier \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
*Rue/Ville/Province/Code Postale*

Téléphone \_\_\_\_\_

Dernier vaccin antitétanique \_\_\_\_\_

Allergies alimentaires ou à la médication \_\_\_\_\_

Médications \_\_\_\_\_

Indiquer toutes restrictions \_\_\_\_\_

### Information de Contact des Parents/Gardiens :

Parent/Gardien \_\_\_\_\_  
*Nom Téléphone Courriel*

Parent/Gardien \_\_\_\_\_  
*Nom Téléphone Courriel*

Téléphone d'urgence (ami, parenté) \_\_\_\_\_  
*Nom Téléphone*

Médecin de famille \_\_\_\_\_  
*Nom Téléphone*

Adresse du médecin de famille \_\_\_\_\_  
*Rue/Ville/Province/Code Postale*

### AUTORISATION DE TRAITEMENT D'UN MINEUR

Je (nous) le parent signataire, les parents ou le gardien légal de : \_\_\_\_\_  
*Nom de l'Aventurier*

En cas d'urgence, je donne par la présente l'autorisation au médecin choisi par les directeurs du club d'hospitaliser, et d'assurer les traitements adéquats, ou faire des piqûres, une anesthésie ou une opération chirurgicale à mon enfant.

En tant que parent ou gardien du candidat, je suis en faveur de sa participation aux fonctions du club et j'accepte les conditions indiquées. Le rapport de santé ci-dessus est, à ma connaissance, exact et la personne ici décrite a la permission de s'engager dans toutes les activités du club tel que mentionné. De plus, j'ai lu et compris l'affirmation d'autorisation d'urgence et je donne mon plein consentement aux termes ci-dessus présentés. La permission de photocopier ce rapport de santé est accordée.

\_\_\_\_\_  
*Signature du parent/gardien*

\_\_\_\_\_  
*Date*

Cette section doit être signée par le notaire si votre province l'exige.