

OPTIMISTE JUNIOR OCTOGONE INTERNATIONAL

Consentement parental, renseignements concernant l'assurance, consentement pour les soins médicaux d'urgence et formulaire d'antécédents médicaux

Veillez noter que le présent formulaire comprend **quatre** sections. Les quatre sections doivent être remplies convenablement (incluant les signatures nécessaires) afin qu'un délégué puisse assister au congrès d'OJOI 2011.

***L'accompagnatrice ou l'accompagnateur désigné DOIT avoir le présent formulaire en sa possession avant le début du voyage et tant et aussi longtemps que la participante ou le participant est sous ses soins. Veuillez également en faire parvenir un exemplaire à Optimist International avant d'assister au congrès d'OJOI.**

Nom du délégué OJOI : _____

Accompagnateur(s) désigné(s) : _____

SECTION I – CONSENTEMENT PARENTAL

Par la présente, j'accorde la permission à la déléguée ou au délégué OJOI susnommés d'assister au congrès international d'OJOI qui se tiendra à l'hôtel **Baltimore Renaissance Harborplace Hotel du 5 au 7 juillet 2011**, et pour les journées supplémentaires de voyage si requis. Le présent signataire libère et décharge par la présente Optimist International et ses employés de toute réclamation, demande, poursuite, action ou fondement d'action en justice que je pourrais avoir, pour raison de maladie, blessure ou accident, subit ou dont a souffert le participant nommé ci-dessus en assistant au congrès ou en étant sur les lieux du site du congrès ou en participant à des activités du congrès sans égard à la façon causé ou occasionné.

Date : _____

Signature(s) du ou des parent(s) ou tuteur(s) : _____

Liens de parenté : _____

Téléphone (résidence) : _____ (travail) : _____

SECTION II - ASSURANCE

Note : Optimist International n'a pas d'assurance médicale pour couvrir les participants. Tous les membres du conseil d'administration OJOI participants et les délégués doivent être couverts par une assurance personnelle ou familiale.

Je certifie par la présente, sous peine de parjure en cas de fausse déclaration, que le délégué OJOI susmentionné est couvert par une assurance médicale. Les renseignements concernant l'assurance sont les suivants :

Compagnie d'assurance : _____

Numéro de police/groupe : _____

Numéro d'urgence : _____

Date : _____

Signature(s) du ou des parent(s) ou tuteur(s) : _____

Liens de parenté : _____

Téléphone (résidence) : _____ (travail) : _____

SECTION III – CONSENTEMENT PARENTAL POUR LES SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

Dans l'éventualité où mon enfant, _____ tombe malade ou subit une blessure alors qu'il est sous la supervision du personnel d'Optimist International, j'accorde par la présente l'autorisation d'administrer les premiers soins à mon enfant. S'il est impossible de me retourner mon enfant ou de recevoir des instructions pour ses soins, le consentement est donné à tout médecin légal ou chirurgien d'administrer le traitement pour lequel mon enfant a été amené pour ledit traitement, médicament et remède et pour accomplir toute procédure chirurgicale considérée nécessaire pour le soulagement de la douleur et la préservation de la vie et de la santé de mon enfant.

Je comprends et consens que bien que le personnel d'Optimist International puisse chercher un traitement médical pour mon enfant, je libère et décharge par la présente Optimist International et ses employés de toute réclamation que je pourrais ou devrais avoir pour l'arrangement de tels traitements médicaux ou pour l'absence de recherche de tels traitements.

Date : _____

Signature(s) du ou des parent(s) ou tuteur(s) : _____

Liens de parenté : _____

Téléphone (résidence) : _____ **(travail) :** _____

SECTION IV – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DU DÉLÉGUÉ

Les dossiers de santé, d'antécédents médicaux et d'immunisation de _____ ont été révisés. Il n'y a aucunes objections liées à des raisons de santé pour la participation à ce congrès.

Veillez fournir les renseignements suivants relatifs au délégué OJOI :

Allergies : _____

Médicaments et posologie : _____

Date du plus récent examen médical : _____

Date du plus récent vaccin antitétanique : _____

Commentaires/problèmes particuliers :

Date : _____

Signature du médecin : _____ **Numéro de téléphone :** _____

Adresse du bureau :

Rue : _____

Ville : _____ **Province :** _____

Code postal : _____