

## **JUNIOR OPTIMIST 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 du JOI.

**\*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 du JOI.**

Nom du délégué JOI : \_\_\_\_\_

Accompagnateur(s) désigné(s) : \_\_\_\_\_

#### **SECTION I – CONSENTEMENT PARENTAL**

Par la présente, j'accorde la permission au délégué JOI susnommé d'assister au congrès international JOI. 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 JOI 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 JOI 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 JOI :*

**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 :** \_\_\_\_\_