

Information de l'enfant

Nom	Date de naissance	M	F
		Sexe	
Mère	Père		
Tél. Maison	Cell.	Tél. Maison	Cell
Adresse	Adresse		
Ville, Province, Code Postal	Ville, Province, Code Postal		

Contacts en cas d'urgence

Nom	Nom
Tél. Maison	Cell
Tél. Maison	Cell
Adresse	Adresse
Ville, Province, Code Postal	Ville, Province, Code Postal

Information Médical

Assurance maladie (expiration)

Sait nager? (oui, non, avec flotteur)

Habille à vélo (oui, non, avec petites roues)

Allergies/Autres Considerations

Je autorise tout traitement médical et chirurgical, X-ray, analyses de laboratoire, anesthésie, et autres procédures médicales et / ou à l'hôpital peuvent être effectués ou prescrits par le médecin et / ou paramédicaux assister pour mon enfant et renonce à mon droit de consentement éclairé du traitement. Cette dérogation se applique uniquement dans le cas où aucun parent / tuteur peut être contacté dans le cas d'une situation d'urgence.

Signature du parent

Date

Je autorise mon enfant à participer aux sorties de camp. Je libère Pro-Am Taekwondo et ses employés de toute responsabilité en cas d'accident lors des activités liés à Pro-Am Taekwondo, aussi longtemps que les procédures normales de sécurité ont été prises.

Signature du parent

Date