

Période ciblée : 1 avril 2019 au 31 mars 2020

## 1. IDENTIFICATION

<b>Nom et prénom du participant</b>	_____
<b>Nom et prénom de la ressource légalement responsable</b>	_____
Adresse complète incluant le code postal	_____
Coordonnées téléphoniques pour être rejoint(e) en tout temps ( )	_____

## 2. AUTORISATION

<b>Autorisation de transport</b>
Par la présente, je reconnais avoir pris connaissance de la <i>Politique de transport en cas de situation particulière et/ou d'urgence médicale</i> . En tant que personne-ressource, je comprends mon rôle et mes responsabilités et je m'engage à respecter cette politique. Je, soussigné(e), _____ autorise que _____, soit transporté selon la procédure de la présente politique et ce, à mes frais.
Spécifications : _____
Personne-ressource : _____ Nom, prénom et signature
Fait à : _____ le (date) _____