

1. IDENTIFICATION

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

2. AUTORISATION

| |
|--|
| Autorisation de transport |
| 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) _____ |