



Autorisation de divulgation des informations confidentielles/ Formulaire de consentement du participant

Je consens à ce que mes informations médicales personnelles (ou celles de mon enfant) soient divulguées ou communiquées en totalité ou en partie au personnel médical de l'Équipe canadienne de volleyball qui peut, à son tour, les divulguer aux professionnels de la santé appropriés afin d'offrir des services de soins de santé. Ces informations seront utilisées dans le but de déterminer les besoins de soins de santé d'un athlète en entraînement, de favoriser son développement personnel et professionnel ou de répondre aux besoins de soins médicaux qui émergent.

Si, au cours de ma participation (ou celle de mon enfant) à n'importe quelle activité organisée par l'Équipe canadienne de volleyball, je me blessais ou devenais malade (ou que mon enfant se blessait ou devenait malade), j'autorise par la présente le personnel médical de l'Équipe canadienne de volleyball à avoir recours à des soins d'urgence, des soins dentaires, au transport et à des soins de réadaptation d'une blessure sans devoir obtenir au préalable mon consentement ou celui d'un parent/tuteur.

ACCEPTÉ PAR :

ATHLÈTE

DATE (MM/JJ/AA)

PARENT/TUTEUR LÉGAL
(si l'athlète a moins de 18 ans)

DATE (MM/JJ/AA)