



# Formulaire De Consentement De Traitement D'Urgence

J'affirme que je suis le parent/tuteur de.....  
(Nom du Mineur)

En tant que parent/.tuteur, j'autorise par la présente Scuba-Doo Mauritius/Twentieth Latitude Destinations Limited et /ou ses agents, employés, ou ceux qu'ils assigneraient, de rechercher un traitement médical pour ..... à la suite d'un Accident ou d'une  
(Nom du Mineur)

Maladie qui pourrait survenir sous la supervision de Scuba-Doo Mauritius/Twentieth Latitude Destinations Limited.

J'autorise le traitement de ..... par un médecin dûment qualifié et licencié  
(Nom du Mineur)

Dans le cas d'une urgence qui, de l'opinion du médecin traitant pourrait mettre sa vie en danger, lui causer une défiguration physique ou gêne excessive si différée.

Je me suis mis au courant du contenu de ce Formulaire De Consentement De Traitement d'Urgence en le lisant complètement avant de le signer.

.....  
Nom et Prénom du Parent/Tuteur Téléphone (Portable)

.....  
Parent/ Tuteur (SIGNATURE) Date

.....  
Adresse Téléphone (Domicile)

.....  
Veuillez spécifier les allergies médicales, les médicaments pris et autres conditions dont devraient être avisé le médecin traitant. (si aucuns , veuillez écrire AUCUNS)

.....  
**Assurance Médicale:**.....

.....  
**No de La police d'Assurance:**.....