



FORMULAIRE DE REFUS DE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE – À REMPLIR PAR LE PARENT OU LE TUTEUR

(À remplir par le parent ou le tuteur de l'athlète qui est mineur ou qui n'a pas la capacité de signer des documents juridiques)

INSTRUCTIONS : Ne complétez ce formulaire que si vous ne consentez pas à des soins médicaux d'urgence pour des motifs religieux ou autres et que vous avez coché une case en vertu de la disposition concernant les soins d'urgence sur le formulaire de décharge de l'athlète.

Je suis le parent / tuteur de l'athlète nommé ci-dessous et j'accepte ce qui suit :

1. **Aucun consentement aux soins médicaux d'urgence.** Je comprends que le formulaire d'inscription standard Special Olympics exige que les athlètes ou leurs parents ou tuteurs acceptent les soins médicaux d'urgence pour l'athlète si nécessaire en cas d'urgence. Selon les croyances religieuses ou d'autres raisons, je ne consent pas aux soins médicaux d'urgence.

VOUS DEVEZ COCHER LA CASE ET ÉCRIRE VOS INITIALES À LA SUITE D'UNE DÉCLARATION POUR CONFIRMER VOTRE DÉCISION :

JE REFUSE TOUT TYPE DE TRAITEMENT MÉDICAL, MÊME LORS D'UNE URGENCE METTANT MA VIE EN DANGER. INITIALES : _____

JE NE CONSENT PAS AUX TRANSFUSIONS SANGUINES, MÊME LORS D'UNE URGENCE METTANT MA VIE EN DANGER. JE CONSENT À TOUT AUTRE TYPE DE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE. INITIALES :

2. **Accompagnement de l'athlète.** Je comprends que je dois être présent pour assumer la responsabilité personnelle de l'athlète si un traitement médical doit être refusé au nom de l'athlète en cas d'urgence médicale. Cela inclut pendant les repas, dans les logements pour la nuit, lors des séances d'entraînements et des compétitions, et lors des déplacements à destination et en provenance des activités Special Olympics.
3. **Soins médicaux d'urgence si l'athlète n'est pas accompagné.** Je comprends que, si je ne suis pas présent et personnellement responsable de l'athlète lors d'une urgence médicale, Special Olympics peut faire appel à des soins médicaux d'urgence comme recommandé par les professionnels de la santé répondant à l'urgence.
4. **Décharge de responsabilité.** En mon nom et celui de l'athlète, je décharge Special Olympics, ses employés et ses bénévoles de toutes les réclamations qui peuvent résulter de la prise ou de la non prise de mesures pour fournir à l'athlète des soins médicaux d'urgence. Je suis d'accord avec cette décharge parce que j'ai refusé, sciemment et volontairement, d'accorder à Special Olympics l'autorisation de prendre des mesures d'urgence et je retiens expressément mon consentement à tous soins médicaux d'urgence pour des motifs religieux ou autres. Pour ce formulaire, « Special Olympics » désigne toutes les organisations de Special Olympics.

Nom de l'athlète :	E-mail :
SIGNATURE DU PARENT / TUTEUR	
Je suis un parent ou tuteur de l'athlète. J'ai lu et compris ce formulaire et j'ai expliqué le contenu à l'athlète, le cas échéant. En signant, j'accepte ce formulaire en mon propre nom et au nom de l'athlète. Cette décharge sera obligatoire pour moi, l'athlète et nos héritiers et représentants légaux respectifs.	
Signature du parent / tuteur :	Date :
Nom en toutes lettres :	Relation :