
MEDICAL RELEASE FORM - DISCHARGE MEDICALE

JUNIOR INFO

SURNAME (*NOM*):

FIRSTNAME (*SURNAME*):

COURSE (*COURS*):

DATES:

CLIENT AGREEMENT - ACCORD DU CLIENT

Je soussigné(e), _____ (nom du parent ou tuteur), autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation au centre hospitalier, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.

Cette autorisation est valable pour la durée du séjour avec Alpine French School.

Date et lieu

Signature du parent ou tuteur sur le nom imprimé

I authorise _____ (name of parent or guardian) the Director to administer First Aid and to take all necessary measures (medical treatment, hospitalisation, surgery) necessary for the well-being of the student.

This authorisation is valid for the duration of the student's stay with Alpine French School.

Date and place

Signature of parent or guardian