



**ANNEXE « N » (SUITE)**

**Formulaire d'autorisation de soins médicaux d'urgence**

Ce formulaire doit être rempli et signé par le Parent d'un·e Artiste-interprète mineur âgé·e de six (6) ans ou plus.

Je, \_\_\_\_\_ suis le Parent de \_\_\_\_\_, un·e Artiste-interprète mineur·e qui est engagé·e dans le cadre du NCA, et j'autorise par la présente l'engageur ou son représentant à prendre les dispositions nécessaires pour que mon mineur reçoive un traitement médical en cas d'urgence. Cette autorisation ne sera utilisée que si moi-même ou un autre Parent du mineur n'est pas en mesure de donner son consentement.

Daté du \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ Jour de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Témoin

\_\_\_\_\_  
Signature du Parent ou du Gardien·ne

Adresse du Gardien·ne \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_