



SOINS PARAMÉDICAUX

Tests de préadmission

AUTORISATION DE PARTICIPER AUX ÉPREUVES DE SÉLECTION ET RENONCIATION **(Requis pour les candidat(e)s âgé(e)s de moins de 18 ans)**

Je, soussigné(e), par la présente, autorise mon fils/ma fille _____
à participer aux épreuves de préadmission des candidat(e)s pour le programme de Soins
paramédicaux et renonce expressément à tout recours de nature civile pour toute blessure ou
accident pouvant survenir à l'occasion desdites épreuves, contre le Cégep John Abbott, ses
représentant(e)s, employé(e)s ou préposé(e)s.

Signature :

Nom (majuscules) :

Relation :

Parent ☐ Tuteur ☐ Autre :

Date :
