



Consentement parental aux soins d'acupuncture

Acupuncture HomeostaQi

Requis pour tout patient âgé de moins de 14 ans, conformément au Code civil du Québec et au Code de déontologie des acupuncteurs.

1. Identification de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ (j / m / a) Âge : _____

2. Identification du parent ou tuteur légal

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : ☐ Parent ☐ Tuteur légal ☐ Autre (préciser) : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

3. Consentement aux soins

En tant que parent ou tuteur légal de l'enfant identifié ci-dessus, je déclare avoir reçu les explications nécessaires concernant :

- La nature et l'objectif des traitements d'acupuncture proposés ;
- Les bénéfices anticipés et les risques possibles associés au traitement ;
- Les méthodes et le matériel utilisés (aiguilles homologuées par Santé Canada, à usage unique et stériles) ;
- Le droit de retirer mon consentement en tout temps, pour moi-même ou pour l'enfant.

Je consens à ce que mon enfant reçoive des traitements d'acupuncture de la part de Daniel Simoneau Drolet, Ac., M.Sc. (permis OAQ : A-011-26), et je comprends que je peux être présent(e) lors des traitements si je le souhaite.

Renseignements médicaux pertinents (allergies, conditions particulières, médication) :

4. Présence lors des traitements

☐ Je serai présent(e) dans la pièce lors de chaque traitement.

☐ J'autorise le traitement en mon absence, sous réserve qu'un adulte responsable soit présent au domicile.

Signature

Signature du parent ou tuteur légal : _____

Date : ____ / ____ / ____