



Action Sport Physio
Santé et mieux-être

Formulaire de refus de service

Je, _____ (nom du parent) refuse que
mon enfant _____ (nom de l'athlète)
reçoive tout service offert par Clinique Action Sport Physio dans le cadre du
partenariat avec Soccer Estrie (sport étude).

Signature du parent : _____

Date: _____

*Pour un enfant en garde partagée, la signature des 2 parents est requise.
Merci.