



**PARAMEDIC CARE PROGRAM  
PHYSICAL TESTING**

**PERMISSION TO PARTICIPATE IN SELECTION TESTING AND WAIVER  
(Required by all minors [under 18 years of age])**

I hereby give permission to my son/daughter \_\_\_\_\_  
to participate in the preadmission testing of the Paramedic Care Department and hereby waive  
any civil recourse whatsoever against John Abbott College or any of its representatives or  
employees for any injury or accident resulting from or related to the selection testing.

Signature: \_\_\_\_\_

Name (Block Letters): \_\_\_\_\_

Relationship:                      Parent     Guardian     Other: \_\_\_\_\_

Date:

**AUTORISATION DE PARTICIPER AUX ÉPREUVES DE SÉLECTION ET RENONCIATION  
(Requis pour tout mineur [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 Collège John Abbott, ses  
représentants, employés ou préposés.

Signature : \_\_\_\_\_

Nom (majuscules) : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :                      Parent     Tuteur     Autre : \_\_\_\_\_

Date :