



To be completed by physician/ À remplir par le médecin traitant

**(Mandatory for participation in retreat if less than 3 months post-treatment
Obligatoire pour participer à la retraite si moins de 3 mois post-traitement)**

Name of participant/ *Nom du participant(e)* _____

Name of doctor/ *Nom du médecin* _____

Phone number/ *Numéro de téléphone* _____

Date/ *Date*: _____

This retreat for young adults living with cancer occurs over one weekend at a resort outside of Montreal. There will be *optional* physical activities, such as swimming and canoeing/ kayaking.

La retraite pour jeunes adultes avec le cancer prend place pendant une fin de semaine à un hôtel hors de Montréal. Il existe l'option de participer à certaines activités physiques, tels que la nage et le canot/ kayak.

Please indicate if you agree that the participant listed above is able to travel and participate in the retreat: Yes No

Veillez indiquer si vous pensez que le/la participant(e) ci-dessus peut voyager et participer à la retraite : Oui Non

Please list any physical limitations of the participant. *Veillez indiquer les limitations physiques pour le/ la participant(e) :*

Please list any health risks that the participant faces. *Veillez indiquer des risques médicaux pertinents pour le/la participant(e) :*

I give my consent for the above applicant to participate in the Cedars CanSupport retreat for young adults./ Je donne mon consentement à la personne ci-haut mentionnée de participer à la retraite de CanSupport des Cèdres pour jeunes adultes.

Physician Signature/ Signature du médecin _____

Thank you for completing this form. If you have any questions, please contact:
Merci de votre collaboration et de votre temps. Si vous avez des questions, veuillez contacter :
Jennifer Finestone, 514-934-1934 x.35297/ jennifer.finstone@muhc.mcgill.ca.