

NOM ET COORDONNÉES DU CAMP DE JOUR

Consentement à la cueillette, à l'échange et à l'utilisation de renseignements personnels sur mon enfant

Les besoins et la demande de services de mon enfant nécessitent que des informations sur son état de santé global soient transmises entre des intervenants du Centre Intégré de Santé et de Service Sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA), la Commission Scolaire Côte-du-Sud (CSCS) et le responsable du camp de jour et le moniteur qui accompagnera mon enfant.

J'accepte que ces intervenants du CISSS-CA, de la CSCS et le responsable du camp de jour ou le moniteur de mon enfant partagent entre eux, verbalement ou par écrit, **dans la plus grande confidentialité les renseignements pertinents et nécessaires**. Pour établir et faire le suivi du plan de services et orienter les services que mon enfant a besoin. Les renseignements sont conservés en toute confidentialité et sécurité.

Le présent consentement est donné pour une durée maximale de **12 mois** à la date de la signature de ce formulaire. Il peut être annulé en tout temps, à ma demande, verbalement ou par écrit.

Je suis entièrement libre de consentir à la divulgation de renseignements personnels concernant mon enfant. Le fait de refuser ce consentement n'empêcherait pas la prestation de services mais pourrait en limiter l'efficacité.

Nom, prénom et date de naissance de votre enfant : _____

Signature du parent ou de la personne autorisée en sa qualité de représentant **Date**

L'autre parent non signataire a été informé de cette démarche Oui Non

Coordonnées de(s) intervenant(s) du CISSS-CA de votre enfant :

Nom : _____

Fonction : _____

Lieu de l'établissement (ex : CLSC, CRDI, CRDP, etc.) : _____

Nom : _____

Fonction : _____

Lieu de l'établissement (ex : CLSC, CRDI, CRDP, etc.) : _____

Nom et coordonnées de(s) intervenant(s) de la CSCS de votre enfant :

Nom : _____

Fonction : _____

Lieu de l'établissement (ex : nom de l'école) : _____

Nom : _____

Fonction : _____

Lieu de l'établissement (ex : nom de l'école) : _____

Merci de faire suivre une copie de ce document aux intervenants concernés du CISSS-CA et de la CSCS