

## **Reconnaissance de l'utilisation de renseignements personnels et de renseignements médicaux personnels**

### **Partie 1 – Objet de la reconnaissance**

Je reconnais que, dans le cadre de la prestation des Services aux enfants handicapés, des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels concernant un enfant, ou les parents ou tuteurs de l'enfant, peuvent être communiqués aux fournisseurs pertinents dans le but d'offrir des services ou des avantages à l'enfant, ou de planifier cette tâche.

### **Partie 2 – Communication des renseignements**

Je comprends que, conformément à la Loi sur la protection des enfants (communication de renseignements), le ministère des Familles ou des fournisseurs de services pourraient communiquer des renseignements avec d'autres fournisseurs de services s'ils croient que la communication est dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Je comprends que les parents ou tuteurs d'un enfant ne seront pas nécessairement avisés lorsqu'un fournisseur ou le ministère communique des renseignements personnels ou des renseignements médicaux personnels au sujet d'un enfant, ou des parents ou tuteurs d'un enfant, à un autre fournisseur de services.

### **Partie 3 – Confidentialité**

Je comprends que les renseignements personnels ou les renseignements médicaux personnels ne seront communiqués que si leur communication est **dans l'intérêt supérieur de mon enfant**.

Les renseignements ne seront communiqués que si la communication répond aux critères suivants :

- elle est nécessaire à la prestation de services ou d'avantages à l'enfant, ou à la planification de cette tâche;
- elle se limite au nombre minimal de renseignements nécessaires;
- elle comprend des renseignements pertinents sur les forces de mon enfant et de ses parents ou tuteurs;
- elle n'enfreint pas une autre loi, notamment la Loi sur les services à l'enfant et à la famille et la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents.

Je comprends aussi que, sauf dans les cas indiqués ci-dessus, le ministère et les fournisseurs de services préserveront la confidentialité des renseignements, conformément à la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et la Loi sur les renseignements médicaux personnels.

### **Partie 4 – Renseignements sur l'enfant et signature du parent ou tuteur**

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance de l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom du parent ou tuteur: \_\_\_\_\_

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

**Si vous avez des questions concernant la collecte, l'utilisation ou la communication de renseignements personnels ou de renseignements médicaux personnels de votre enfant, veuillez en discuter avec votre travailleur des services communautaires.**

**Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur la Loi à :**  
[www.gov.mb.ca/informationsharingact/index.fr.html](http://www.gov.mb.ca/informationsharingact/index.fr.html)