

**Ce formulaire est offert dans d'autres formats sur demande**

**Section 1 : Renseignements sur l'enfant**

|     |                   |
|-----|-------------------|
| Nom | Date de naissance |
|-----|-------------------|

**Section 2 : Autorisation légale**

Les Services aux enfants handicapés (SEH) recueillent et utilisent des renseignements personnels et médicaux personnels et peuvent les partager avec les fournisseurs de services et les dépositaires afin de planifier et de fournir des services aux enfants et à leur famille. Les lois applicables, à savoir la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* et la *Loi sur la protection des enfants et les services qui leur sont destinés (communication de renseignements)*, régissent la collecte, l'utilisation et la communication de ces renseignements.

**Section 3 : Reconnaissance et confidentialité**

Je comprends que les renseignements au sujet de mon enfant et de ma famille peuvent être communiqués entre les SEH, les fournisseurs de services et les dépositaires selon le principe du besoin de savoir pour planifier et fournir des services à mon enfant et à ma famille. Je comprends que les SEH, les fournisseurs de services et les dépositaires préserveront la confidentialité de ces renseignements conformément à leurs propres politiques et pratiques et aux lois applicables.

**Section 4 : Autorisation**

J'autorise les SEH et les personnes et organismes suivants à recueillir, utiliser et communiquer des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels entre eux afin de planifier ou de fournir des services ou des prestations à mon enfant et à ma famille. Ces personnes et organisations comprennent, sans s'y limiter :

| Nom de la personne ou de l'organisation | Coordonnées |
|-----------------------------------------|-------------|
|                                         |             |
|                                         |             |
|                                         |             |
|                                         |             |
|                                         |             |

Je reconnais que, conformément à la *Loi sur la protection des enfants et les services qui leur sont destinés (communication de renseignements)*, les SEH peuvent communiquer des renseignements aux fournisseurs de services autres que ceux énumérés ci-dessus aux fins de planification et de prestation de services, s'ils estiment que cela est dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Je comprends que je ne peux pas toujours être informé de ces communications.

Je comprends que ce consentement est valide jusqu'à ce que mon enfant ne soit plus avec les SEH et que mon consentement peut être retiré ou modifié en tout temps.

|                      |           |      |
|----------------------|-----------|------|
| Parent/tuteur<br>nom | Signature | Date |
|----------------------|-----------|------|

Veuillez communiquer avec votre travailleur des services communautaires si vous avez des questions au sujet de la collecte, de l'utilisation et de la communication de renseignements personnels et de renseignements médicaux personnels aux Services aux enfants handicapés,