



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU PARTAGE ET À LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

CONSENTEMENT AU PARTAGE DE CERTAINS RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ CONCERNANT MON (MES) ENFANT (S)

Je soussigné(e), _____, parent de _____,

- donne l'autorisation — _____ (initiales)
- Refuse l'autorisation - _____ (initiales)

Aux personnels suivants, coordonnateurs du Camp de jour de Laurier-Station, d'accéder aux renseignements et aux documents contenus dans le dossier SCOLAIRE et MÉDICAL de mon enfant lorsque ces renseignements et ces documents sont nécessaires pour assurer la sécurité de mon (mes) enfant(s) durant le Camp de jour de Laurier-Station :

- Les médecins et les autres professionnels de la santé et des services sociaux (tels que les infirmières, les travailleurs sociaux, etc.) du/de la _____
Dans laquelle mon médecin exerce ;
- Les professeurs et les autres membres du personnel de l'école _____
Dans laquelle mon (mes) enfant(s) est inscrit ;

Le présent consentement est valide tant et aussi longtemps que j'aurai recours aux services du Camp de jour de Laurier-Station pour mon enfant. Je comprends également que je peux le retirer par écrit en tout ou en partie, et ce, en tout temps. Je reconnais avoir lu et compris l'information présentée dans ce formulaire et avoir obtenu, le cas échéant, les explications nécessaires à sa compréhension. L'inscription au Camp de jour de Laurier-Station est conditionnelle à la remise dument complétée de ce document aux responsables du Camp de jour de Laurier-Station.

Personne assurée Mère ou père Tuteur Mandataire Curateur

Signature _____

Date _____