

Autorisation de partage de renseignements personnels

Afin de favoriser une participation réussie de votre enfant au camp de jour estival et d'être en mesure de bien identifier ses besoins et les adaptations (accommodements) nécessaires, nous souhaitons pouvoir communiquer avec l'intervenant de la santé qui accompagne votre enfant...

Ces informations demeureront confidentielles et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience camp réussie! Seules les informations pertinentes seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat et ce, afin de permettre de meilleures interventions.

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :		Sexe :	
Nom de famille :		Date de naissance :	

2. IDENTIFICATION DE L'INTERVENANT DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Nom de l'intervenant	
Téléphone	
Courriel	

Je _____ autorise les personnes ci-dessus à communiquer les renseignements nécessaires pour favoriser la participation de mon enfant au camp _____ pour l'été _____. Ce consentement est valide à compter de la date de signature, et ce, jusqu'au _____.

SIGNATURE DU PARENT : _____

DATE : _____

Ce formulaire permettra de dresser le portrait des besoins de votre enfant, ce qui mènera à la détermination d'un ratio d'accompagnement, si nécessaire, et/ou à l'identification des besoins d'adaptation pour l'enfant.

Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant et retournez le formulaire complété aussitôt que possible.

Merci de votre collaboration!