

CONSENTEMENT PARENTAL OU DE L'ÉLÈVE QUI A 16 OU 17 ANS ET QUI S'EST SOUSTRAIT À L'AUTORITÉ PARENTALE OU DE L'ÉLÈVE DE 18 ANS SUR LE PARTAGE D'INFORMATION CONCERNANT UN ÉLÈVE AYANT UNE AFFECTION MÉDICALE PRÉDOMINANTE

Nom de l'élève : _____	Date de naissance : _____
	Année d'études : _____
Enseignant : _____	Âge : _____

COCHER LES INFORMATIONS PROPRES À L'ÉLÈVE

- L'élève souffre d'anaphylaxie.
- L'élève souffre d'asthme.
- L'élève souffre de diabète.
- L'élève souffre d'épilepsie.

Conformément à la *Loi de 1989 sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée*, les renseignements contenus dans les formulaires et les documents se rapportant à un ou une élève fréquentant les écoles du Conseil scolaire catholique MonAvenir sont recueillis conformément à la *Loi sur l'éducation*, L.R.O., ch. E-2, tel que modifié en 1992, ch. 17, sous alinéas 1-3 (Juillet 1992) et le *Dossier scolaire de l'Ontario*, Guide, 2000. Ces renseignements sont recueillis dans le but de fournir un programme éducatif répondant aux besoins de votre enfant.

Le Csc MonAvenir n'utilisera et ne divulguera tout renseignement pertinent qu'en conformité avec la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée*, LRO 1990, c M.56. ou la *Loi de 2004 sur la Protection des renseignements personnels sur la santé*, LO 2004, c 3, ann A, dans la mesure où elle s'applique.

- Je consens à ce que l'information en lien avec l'affection médicale de mon enfant/mon affection médicale soit partagée au personnel scolaire, aux élèves, aux bénévoles ainsi que toute autre personne qui pourrait être en contact avec mon enfant/moi au sein de l'école.

- Je ne consens pas à ce que l'information en lien avec l'affection médicale de mon enfant/mon affection médicale soit partagée au personnel scolaire, aux élèves, aux bénévoles ainsi que toute autre personne qui pourrait être en contact avec mon enfant/moi au sein de l'école.

Nom du parent ou tuteur : _____

Signature du parent ou tuteur : _____ Date : _____

Signature de l'élève : _____ Date : _____
(qui a 16 ou 17 ans et qui s'est soustrait à l'autorité parentale)

Signature de l'élève : _____ Date : _____
(qui a 18 ans et plus)

Ce plan restera en vigueur pour l'année scolaire : 20 ____ - 20 ____ sans être modifié.

Il sera révisé au plus tard le : _____

Le parent ou tuteur ou élève qui a 16 ou 17 ans qui s'est soustrait de l'autorité parentale ou l'élève qui a 18 ans doit aviser la direction de l'école s'il est nécessaire de modifier le plan de soins pendant l'année scolaire.