

**AUTORISATION DE TRANSFERT D'INFORMATION POUR LES ACTIVITÉS  
DE PRÉVENTION-PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE  
PAR LE CISSS DU BAS-SAINT-LAURENT/CLSC DE KAMOURASKA  
POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2019-2020**

**Message aux parents**

Afin de bien planifier les diverses activités de prévention et de promotion de la santé dans les écoles et de prévoir le matériel nécessaire à celles-ci, la liste nominale (nom et prénom) des élèves par classe est souvent nécessaire pour les intervenants du CISSS du Bas-Saint-Laurent (hygiéniste dentaire, infirmière, travailleuse sociale et autres professionnels).

Ainsi, afin de nous conformer à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, il est souhaitable d'obtenir l'autorisation écrite du parent ou de la personne légalement responsable de l'enfant pour que la direction de l'école puisse transmettre le nom de l'élève. Ces informations ne seront utilisées qu'aux fins des activités de prévention-promotion de la santé planifiées dans le cadre scolaire (ex. : scellant dentaire, atelier sur la puberté et l'estime de soi, etc.).

Prenez note que même si vous avez autorisé que le nom de votre enfant se retrouve sur la liste nominale, en tout temps vous pourrez refuser que votre enfant participe à l'une ou l'autre des activités de promotion-prévention proposées.

**Nous vous demandons donc de compléter la partie au bas de cette feuille et de la retourner à l'école par votre enfant. Bien vouloir compléter un document pour chacun de vos enfants.**

Merci de votre collaboration à l'amélioration de la santé de nos jeunes.

La direction d'école

Julye Letarte  
Chef de services intégrés  
enfance-jeunesse-famille au Kamouraska  
CISSS du Bas-Saint-Laurent

 **SVP, REMETTRE À L'ENSEIGNANT (E)**

J'accepte que le nom de mon enfant figure sur la liste nominale transmise par la direction de l'école aux intervenants du CISSS du Bas-St-Laurent/CLSC oeuvrant à l'école de mon enfant.

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Degré scolaire : \_\_\_\_\_ Groupe : \_\_\_\_\_

Nom du parent : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom de son enseignant titulaire ou de son tuteur : \_\_\_\_\_

J'accepte

Je refuse

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Date