

## Consentement à la Communication de Renseignements Personnels

En vertu de la partie X de la Loi de 2017 sur *les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille (LSEJF)*

Numéro de dossier:

**Renseignements personnels:** Je comprends que mes renseignements personnels peuvent comprendre ma date de naissance, mes coordonnées, les dossiers de réunions avec moi et/ou ma famille, les services que moi ou mon enfant avons reçus, les programmes que mon enfant ou moi-même avons suivis, les détails de la santé physique et mentale, les rapports médicaux, psychologiques ou psychiatriques, les renseignements scolaires, les renseignements financiers, les antécédents professionnels, les allégations ou les constatations de mauvais traitements infligés aux enfants, la documentation judiciaire, les interventions policières, les antécédents criminels, mes points de vue ou opinions ou ceux de mon enfant, les points de vue et les opinions d'autres personnes à mon sujet ou à mon enfant et les renseignements sur ma race, mon ascendance, mon lieu d'origine, ma couleur, mon origine ethnique, ma citoyenneté, ma diversité familiale, mon handicap, mes croyances, ma religion, mon âge, mon sexe, mon orientation sexuelle, mon identité de genre, mon genre explicite, les besoins culturels ou linguistiques, l'état matrimonial ou familial.

### Je veux que

\_\_\_\_\_ (Imprimer le nom et l'adresse de la personne / l'organisation que vous souhaitez recevoir vos informations)

**Collecter**       **Partager**

mes informations personnelles \_\_\_\_\_  
(imprimer votre nom et date de naissance)

### Ou

les informations personnelles de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Imprimer le nom et la date de naissance de la ou des personnes dont vous êtes le mandataire spécial)

### Auprès de

\_\_\_\_\_ (Nom et adresse en caractères d'imprimerie de la personne/organisation à qui vous souhaitez envoyer vos informations – cela donne l'autorisation de divulguer)

### LIMITES (le cas échéant)

Je souhaite énumérer ou limiter les informations personnelles pouvant être collectées et divulguées comme suit. Décrivez les informations personnelles spécifiques que vous souhaitez partager ou toute limite sur ce que vous ne souhaitez pas partager.

---

---

---

## Consentement à la Communication de Renseignements Personnels

En vertu de la partie X de la Loi de 2017 sur *les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille (LSEJF)*

Mon consentement s'étend jusqu'au \_\_\_\_\_ ou à la fermeture du dossier, selon la première éventualité.  
*(seul jour/mois/années sera accepté)*

### AVIS (Si vous êtes d'accord, veuillez cocher chaque case):

- J'ai une copie de l'Avis de pratiques en matière d'information de la FCSSLG.
- Si j'ai des questions sur mes choix concernant le partage de renseignements personnels, je comprends que je peux poser des questions avant de signer ceci.
- Je comprends que je peux choisir de signer ou de ne pas signer ce formulaire – si je choisis de ne pas le faire, on me dira ce que cela signifie.
- Je comprends qu'il y a des situations où les Services à la famille et aux enfants n'ont pas besoin de ma permission pour recueillir, utiliser ou divulguer des renseignements personnels, par exemple lorsque cela est nécessaire pour protéger les enfants ou d'autres et pour d'autres raisons autorisées par la loi.

### SIGNATURE

Mon nom: \_\_\_\_\_

Mes coordonnées s'il y a des questions: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Mon autorité en tant que mandataire spécial: \_\_\_\_\_

*\* Veuillez noter: Un mandataire spécial est une personne autorisée en vertu de la LSEJF à consentir, au nom d'une personne, à la collecte, à l'utilisation ou à la communication de renseignements personnels la concernant, ou, en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé, de consentir, au nom d'une personne, à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de renseignements personnels sur la santé la concernant.*