

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE TRANSFERT ET LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS
PERSONNELS À UN TIERS**

Nom du participant : _____

Nom du parent/représentant légal : _____

Nom de l'intervenant : _____

Nom de la pharmacie : _____

Je consens à ce que tout renseignement concernant le dossier de mon enfant/ personne dont j'ai la charge soit échangé entre le responsable de l'organisme Répit-Loisirs-Autonomie et mon intervenant afin d'assurer un suivi et des interventions efficaces et sécuritaires auprès de mon enfant/personne à charge.

De plus, je consens à ce que des renseignements relatifs à la prise de médicaments soient échangés avec les moniteurs qui encadreront mon enfant/personne à charge lors des activités afin que la prise de médicaments se fasse de façon adéquate et sécuritaire.

Toutes les informations seront traitées avec la plus grande confidentialité et seuls les renseignements jugés essentiels seront échangés.

Cette décision ne m'a pas été imposée et cette autorisation est valide pour toute la durée des activités qui seront offertes à mon enfant/personne à charge par le Répit-Loisirs-Autonomie.

Date : _____

Signature du parent/ tuteur légal : _____