ONE KIDS PLACE
LA PLACE DES ENFANTS
CHILDREN'S TREATMENT CENTRE
CENTRE DE TRAITEMENT POUR ENFANTS

Hands Mains
TheFamilyHelpNetwork.ca LeReseaudaideauxfamilles.ca

Personnel et confidentiel

Nom du client :	**Date de naissance:**

CONSENTEMENT À L'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS

Je, _____, consens par la présente à l'échange de
Nom du client / parent / tuteur

renseignements entre Mains LeReseaudaideauxfamilles.ca (Mains) et La place des enfants (LPE) concernant :

_____ _____
Nom du client Date de naissance

dans le but de: **déterminer l'admissibilité au Programme ontarien des services en matière d'autisme du nord-est de l'Ontario**.

Dans le processus de collecte de renseignements afin de déterminer l'admissibilité à cette recommandation, les deux agences doivent répondre aux exigences de la loi provinciale concernant la confidentialité de vos renseignements. En apposant votre signature sur ce consentement, vous acceptez que la collecte, la sauvegarde et la divulgation des renseignements sur la santé de votre enfant soient conformes à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS) de l'Ontario et à la déclaration de confidentialité de l'agence, sauf là où la loi l'exige.

Les renseignements relatifs à votre enfant, recueillis dans cette demande de service, seront versés dans une base de données commune.

Ce consentement restera en vigueur à partir de cette date jusqu'à ce que l'objectif pour lequel ces renseignements ont été divulgués soit atteint, mais pas plus d'un an après la date de mon consentement. Il est entendu que je peux révoquer cette entente en tout temps, verbalement ou par écrit.

_____
Signature – Client (âgé de 12 ans et plus)

_____
Signature – Parent / Tuteur

_____
Signature – Témoin

EN DATE DU _____ DE _____, 20 _____
Jour Mois Année

DATE D'EXPIRATION (maximum d'un an): _____, _____, 20 _____
Jour Mois Année