

**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 RIVIÈRE-DU-LOUP  
POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2020-2021**

**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.



Benjamin Paradis  
Directeur  
École secondaire de Rivière-du-Loup



et Nathalie Ouellet  
Chef de service de l'équipe intégrée enfance jeunesse  
famille de Rivière-du-Loup  
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-Saint-Laurent/CLSC de Rivière-du-Loup, œuvrant à l'école de mon enfant.

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom du parent : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Degré scolaire : \_\_\_\_\_ Groupe : \_\_\_\_\_

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

J'accepte

Je refuse

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

\_\_\_\_\_  
Date