

**Formulaire de renvoi partagé pour les Services auxiliaires de santé en milieu scolaire
La région de Waterloo et Guelph-Wellington**

KidsAbility Centre for Child Development Télécopiez au : 519-886-7292 Des questions ? Composez le 519-886-8886 ou 1-888-372-2259 x 1214	Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo-Wellington Télécopiez au : 519-571-3961 Des questions ? Composez le 519-883-5500 ou 1-888-883-3313
Demande de service : KidsAbility * Ergothérapie <input type="checkbox"/> * Physiothérapie <input type="checkbox"/> * Orthophonie (parole) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Demande de services en français – si l'élève fréquente une école de langue française	Demande de service : RLISSWW Soins infirmiers <input type="checkbox"/> Préposés aux soins de santé <input type="checkbox"/> Uniquement pour l'école privée ou l'enseignement à domicile : RLISSWW * Ergothérapie <input type="checkbox"/> * Physiothérapie <input type="checkbox"/> * Orthophonie (parole) <input type="checkbox"/> Numéro de carte santé (requis): <input type="checkbox"/> Demande de service en français – si l'élève fréquente une école de langue française

*Vous devez joindre les documents justificatifs au renvoi

A. Démographie de l'élève						
Nom de famille:			Prénom:			
Date de naissance (jj/mm/aa):			Sexe:			
Adresse:			Ville:	Code postal:		
Nom du parent/ tuteur ou tutrice:						
Tuteur légal:		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Relation:		
Réside avec l'enfant:		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Adresse:	la même que l'élève <input type="checkbox"/>				Ville:	Code postal:
No° de téléphone à domicile:		No° de cellulaire:		No° au bureau:		
Courriel:			Consentement de courriel^A: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Nom du parent/ tuteur ou tutrice:						
Tuteur légal:		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Relation:		
Réside avec l'enfant:		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Adresse:	la même que l'élève <input type="checkbox"/>				Ville:	Code postal:
No° de téléphone à domicile:		No° de cellulaire:		No° au bureau:		
Courriel:			Consentement de courriel^A: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

Formulaire de renvoi partagé pour les Services auxiliaires de santé en milieu scolaire

La région de Waterloo et Guelph-Wellington

Les modalités de garde:			
Partagée <input type="checkbox"/>	Exclusive <input type="checkbox"/>	Aucune convention <input type="checkbox"/>	Convention solennelle <input type="checkbox"/>
Commentaire/ détails:			

^*Consentement à l'utilisation du courriel électronique pour recevoir des documents, des lettres, des renseignements concernant des programmes et des événements, et/ou pour fixer un rendez-vous. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment. Pour ne pas recevoir certains types de communication, veuillez l'indiquer dans L'espace prévu.

B. Renseignements supplémentaires :	
Langues parlées:	Recours à un interprète: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diagnostic (le cas échéant):	
Médecin(s):	Téléphone:

C. Renseignements provenant de la source du renvoi :	
Conseil scolaire:	Autre : Privée <input type="checkbox"/> Enseignement à domicile <input type="checkbox"/>
École:	Ville:
Enseignant/e EED:	Titulaire de classe: Année d'études:
Directeur/directrice d'école:	Téléphone: Télécopieur:

D. Divulgence de renseignements et consentement à des évaluations

J'autorise KidsAbility et RLISWW à recueillir, utiliser et divulguer des renseignements pertinents concernant

_____ (nom de l'élève) aux professionnels/ agences de santé, aux institutions, ou aux individus impliqués afin d'évaluer l'admissibilité, de planifier des services, le traitement/ les soins, l'évaluation du programme des Services auxiliaires de santé en milieu scolaire. J'autorise KidsAbility et RLISWW à accéder aux renseignements présents dans le Dossier scolaire de l'Ontario, si nécessaire. Je comprends que je peux refuser ou renoncer à ce consentement à tout moment en fournissant un avis écrit, toutefois le retrait du consentement n'aura pas d'effet rétroactif. Je comprends que le refus de fournir le consentement pourrait avoir un impact sur la capacité de KidsAbility et de RLISWW à fournir des services. Je comprends qu'aucun renseignement n'est divulgué à d'autres fins, sans mon consentement, à moins que la loi ne l'exige et que mon consentement est valide tant que le/la susnommé(e) reçoit des Services auxiliaires de santé en milieu scolaire. Je comprends qu'il est ma responsabilité d'informer tout autre tuteur/tutrice de ce renvoi, que la documentation pourrait être demandée en cas de garde conjointe/partagée ou exclusive et que les renseignements seront partagés avec les deux tuteurs sur demande, à moins que la documentation n'indique le contraire.

Signature du parent/tuteur ou tutrice légal(e) ou l'élève (s'il/elle a plus de 18 ans)

Date

Signature de la direction d'école /délégué(e)

Date