

# L'Optomobile - Optométristes et Opticiens

## CONSENTEMENT DES PARENTS POUR ÉVALUATION PROFESSIONNEL ET DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE

### Informations générales

Prénom et nom de l'élève :  
Adresse :  
Nom du père :  
Nom de la mère :  
Nom du tuteur s'il y a lieu :

Date de naissance :  
Sexe :  
Tél. résidence :  
Tél. autre :

# Bande/statut :  
# Carte Assurance maladie :

Date du dernier examen de la vue :

### Consentement d'évaluation professionnelle ou de suivi professionnel

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_ est informé de la présente demande  
*Signature du parent, tuteur ou du jeune de 14 ans et plus*

d'évaluation ou suivi de l'optométriste (examen de la vue) et des raisons qui la justifie

et je consens à ce que \_\_\_\_\_ ait recours à ce service professionnel offert par le Principe de Jordan et  
*Nom de l'élève*  
de l'école. Cet examen de la vue sera à l'école Simon P. Ottawa la semaine du mois de Janvier/Février.

- J'accepte de participer activement à la demande entourant cette évaluation (rencontres, suivis, etc.).
- Je reconnais avoir été avisé que je peux retirer ce consentement si je le désire et ce, dans les 10 jours continus à partir de la date de signature du présent document en invoquant cette mesure prévue par la loi.

### Autorisation de transmission de données de l'évaluation pour fins d'intervention\*

- Je reconnais que les résultats de l'évaluation sont confidentiels et que je dois donner mon autorisation pour la divulgation des données jugées pertinentes et nécessaires pour permettre des interventions particulières auprès de mon enfant en rapport avec l'étude de cas et l'élaboration du plan d'intervention personnalisé.
- J'autorise la transmission, aux fins d'évaluation sur le plan administratif, de tous les documents relatifs au traitement et au règlement de la présente demande de paiement à service aux autochtones Canada, à ses agents ou à ses sous-traitants ainsi qu'à des organismes de réglementation ou à des associations professionnelles.
- Je reconnais, que si je suis le seul parent à autoriser, par signature, cette évaluation professionnelle, que je m'engage à informer l'autre parent dûment reconnu, du contenu du rapport et des recommandations qui y sont formellement formulées.

\*Ce consentement demeure valide durant l'année scolaire en cours suivant la date de sa signature, après quoi elle deviendra caduque et non applicable.

Signature : \_\_\_\_\_  
*Signature du parent, tuteur ou du jeune de 14 ans et plus*

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*Jour / mois / année*