



**Plan de services individualisé et intersectoriel**

**CONSENTEMENT DE L'USAGER  
à l'échange de renseignements**

Date de naissance

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
année    mois    jour

Nom et prénom à la naissance

Adresse

Code postal

Téléphone

Sexe

\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ind. rég.

M  F

Dans le cadre du Plan de services individualisé et intersectoriel, les organismes cités ci-dessous travailleront ensemble pour vous offrir des soins et des services de qualité.

**But de la demande**

Je comprends que ma situation ou celle de mon enfant nécessite des services dispensés par des équipes professionnelles de différents organismes.

**J'autorise** les professionnels de ces organismes à échanger verbalement **entre eux** tous les renseignements pertinents et nécessaires pour m'assurer une meilleure continuité de soins et de services.

Je comprends que ces équipes professionnelles échangeront entre elles, dans la plus grande confidentialité, uniquement l'information nécessitée par mes soins et mes services ou ceux de mon enfant.

**Organismes pouvant émettre et recevoir les renseignements personnels requis**

CIUSSS MCQ

Nom de la direction : \_\_\_\_\_

Centre de services scolaire des Bois-Francis

Nom de l'école : \_\_\_\_\_

Services de garde éducatifs à l'enfance

Nom du service de garde : \_\_\_\_\_

Autres organismes

Nom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Le consentement est valide pour une durée d'un an à compter de la date de la signature. En tout temps, un des signataires peut mettre un terme au consentement. Il peut être révoqué par l'un des signataires pour la partie qui le concerne.

**Ayant été bien informé(e), j'accepte l'échange de renseignements**

**Signature des personnes concernées**

Parent concerné (mère) : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Parent concerné (père) : \_\_\_\_\_

Tuteur : \_\_\_\_\_

Enfant concerné (14 ans et plus) : \_\_\_\_\_

Témoin (intervenant et nom de l'organisme) : \_\_\_\_\_

**Ayant été bien informé(e), je refuse l'échange de renseignements**

**Signature des personnes concernées**

Parent concerné (mère) : \_\_\_\_\_

Parent concerné (père) : \_\_\_\_\_

Tuteur : \_\_\_\_\_

Enfant concerné (14 ans et plus) : \_\_\_\_\_

Témoin (intervenant et nom de l'organisme) : \_\_\_\_\_