



Éducation et Développement
de la petite enfance
Services aux enfants
et aux élèves

HEAR

(Hearing Education Auditory Resources)

335, rue Queen

Charlottetown (PE) C1A 4C5

Tél. : 902-368-4638 / Téléc. : 902-368-4735

Formulaire de consentement de demande de renseignements et de consentement de divulgation des renseignements

I Objectif

Le modèle de service HEAR (Hearing Education Auditory Resources) offre des programmes individualisés aux élèves qui sont sourds ou qui ont une déficience auditive. Afin de développer un Plan de services efficace adapté aux points forts et aux points faibles de votre enfant, il est très utile au personnel de HEAR de consulter les exemplaires des rapports provenant des évaluations professionnelles. De plus, à l'occasion, d'autres professionnels pourraient demander des exemplaires de rapports préparés par les enseignants et enseignantes de HEAR afin de les aider dans leur évaluation de votre enfant.

II Rapports

Les rapports suivants peuvent être demandés/obtenus par HEAR :

- Évaluation psychologique
- État de santé
- Orthophonie
- Éducation
- Audiologie
- Ergothérapie
- Physiothérapie
- Autre _____

Les rapports suivants peuvent être divulgués par HEAR :

- Plans/rapports de services
- Rapports d'évaluation pédagogiques

Les rapports indiqués ci-dessus sont requis pour les raisons suivantes :

- Une nouvelle recommandation
- Pour mettre à jour les dossiers existants
- Autre _____

III Consentement

Par les présentes, je, _____, parent/tuteur légal de _____, (date de naissance de l'enfant : _____) consens à la demande ou à la divulgation des rapports susmentionnés aux fins du développement d'un Plan de services pour mon enfant ou d'un appui à l'évaluation de mon enfant.

Je confirme que le présent consentement demeure en vigueur jusqu'à ce qu'il soit révoqué par moi-même ou jusqu'à ce que mon enfant ne reçoive plus de services de la part de HEAR.

Je comprends que si je ne consens pas à la demande ou à la divulgation des rapports susmentionnés, cela ne portera pas atteinte à la capacité de mon enfant à participer aux services offerts dans le cadre du programme HEAR.

Le présent formulaire peut être envoyé par télécopieur. Les exemplaires des rapports demandés peuvent être envoyés directement à HEAR à l'adresse de l'en-tête.

Date : _____ 20__

Signature du parent ou tuteur

Témoïn

Les renseignements personnels apparaissant sur le présent formulaire sont recueillis en vertu de l'article 31 de la *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée) R.S.P.E.I. 1988, ch.F-15.01, dans la mesure où ils sont directement reliés et nécessaires à l'exécution des services de HEAR (Hearing Education Auditory Resources). Si vous avez des questions au sujet de la présente collecte, veuillez communiquer avec la superviseure provinciale de HEAR au 902-368-4638.