



MOCLI60724

Installation : _____

**AUTORISATION AU PARTAGE D'INFORMATION
EN MILIEU SCOLAIRE**

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Cette autorisation permet le partage d'informations requises avec les partenaires clés de l'équipe des infirmières scolaires de la DPJASP

En ma qualité de personne : ☐ Usagère (14 ans et plus)
☐ Autorisée : _____
☐ PÈRE ☐ MÈRE ☐ TUTEUR

	Oui	Non
J'autorise que l'équipe d'infirmières scolaires communique avec ma pharmacie communautaire et mon dossier santé Québec pour obtenir de l'information sur la prise de médication	☐	☐
- J'autorise l'équipe d'infirmières scolaires à communiquer les renseignements relatifs à ma santé avec les équipes des établissements suivants : ☐ École _____ (membres du personnel impliqués dans mes soins) ☐ Milieu de garde (spécifier) _____ ☐ Autres : _____ ☐ Autres : _____	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
Je comprends que je peux retirer mon autorisation, totale ou partielle, en tout temps.	☐	☐

Cette autorisation est valable pour l'année scolaire en cours à compter de la date de la signature de ce document.

Signature de l'utilisateur / personne autorisée : _____

Date : _____
aaaa/mm/jj

Signature et titre de l'intervenant(e) : _____

Date : _____
aaaa/mm/jj