



MOCLI60778

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

CONSENTEMENT PARENTAL SOINS INVASIFS MILIEUX SCOLAIRES, CAMPS DE JOUR / VACANCES

Nom de l'école / camp de jour / vacances : _____

Vous autorisez que votre enfant : _____
Nom, prénom de l'enfant Date de naissance
aaaa/mm/jj

Rencontre l'infirmière scolaire du CISSS de la Montérégie-Ouest dans le but de faire une évaluation clinique de sa situation de santé et des soins requis à l'école et au camp de jour / vacances.

Reçoive de la part du personnel du milieu scolaire ou du camp, préalablement formé par une infirmière ou infirmière auxiliaire du CISSS de la Montérégie-Ouest, les soins ou interventions requis sur une base durable et nécessaire au maintien de la santé de la personne.

Le consentement aux soins requis par l'état de santé d'un mineur de moins de 14 ans OU un enfant de 14 ans et plus considéré inapte, doit être donné par les parents ou le titulaire de l'autorité parentale. En tant que personnes responsables de consentir aux soins de votre enfant, vous comprenez que vous serez informés des soins nécessaires et sollicités pour assurer les suivis requis.

Cette autorisation sera valide pour toute la durée de l'année scolaire en cours et/ou de la fréquentation du camp de jour / vacances, ou jusqu'à ce qu'un professionnel habilité en décide autrement, ou qu'une entente soit prise avec le parent ou le titulaire de l'autorité parentale pour y mettre fin.

Nom, prénom et coordonnées du parent/titulaire #1 : _____

Signature : _____ Date : _____
aaaa/mm/jj

Nom, prénom et coordonnées du parent/titulaire #2 (si requis) : _____

Signature : _____ Date : _____
aaaa/mm/jj

N.B. Ce document doit être remis, dès signature, à l'infirmière du CISSS de la Montérégie-Ouest