



Consentement au projet CARE pour les élèves de plus de 18 ans

Pour réussir à l'école, il est important d'être en bonne santé. Mon école est associée aux médecins et infirmier(e)s locaux dans le cadre du projet Chronic Absenteeism Reduction Effort (Effort de diminution de l'absentéisme chronique) (CARE) afin de garantir la bonne santé et la réussite scolaire des élèves. Pour confirmer votre acceptation de participer, veuillez compléter le formulaire ci-dessous.

Je m'appelle _____.
(Nom et date de naissance de l'élève)

En signant ci-dessous, j'accepte de participer dans le projet CARE et je donne mon accord à mon école ou au DCPS pour communiquer et discuter de mes relevés de présence avec mon médecin, l'infirmier(e) et le personnel du cabinet médical. Le DCPS pourra ainsi travailler avec ces professionnels des soins de la santé afin de garantir ma bonne santé et ma réussite scolaire.

Je reconnais et comprends qu'il m'est possible de consulter les relevés qui seront transmis et que j'ai le droit de contester leur contenu. De plus, je certifie que je suis âgé(e) de plus de dix-huit (18) ans.

Cette autorisation sera valable tant que je serai inscrit(e) dans le DCPS, excepté si je retire par écrit mon consentement. Je peux retirer mon consentement à tout moment. REMARQUE : Si le DCPS souhaite communiquer ou discuter d'autres éléments de mon dossier scolaire avec l'équipe médicale qui me suit, il me sera demandé de signer un accord séparé.

(Date)

(Student de l'élève)

(Adresse actuelle de l'élève)

(Coordonnées téléphoniques de l'élève)

REFUS DE PARTICIPER

En signant ci-dessous, je refuse de participer dans le projet CARE et je refuse que mes relevés de présence soient communiqués à mon médecin, l'infirmier(e) et le personnel du cabinet médical.

(Date)

(Signature de l'élève)

(Adresse actuelle de l'élève)

(Coordonnées téléphoniques de l'élève)