|  |
| --- |
|  |
|

|  |
| --- |
| Identification de l’élève |
| **Élève** | **Nom prénom** |  | **Date de naissance** |  | **Code permanent (si connu)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Nom de l’école** | **Niveau / degré scolaire** |
|  |  |  |  |  |  |
| **répondant(s)** | **nom prénom** | **nom prénom** |
|  |  |  |  |  |
| Statut : [ ] Père [ ] Mère [ ] Tuteur légal [ ] Autre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Statut : [ ] Père [ ] Mère [ ] Tuteur légal [ ] Autre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

 |
| **PRESTATION DE SERVICES EN ERGOTHÉRAPIE** |
| Afin de répondre à des besoins particuliers, des services professionnels me sont offerts en ergothérapie. La prestation de ces services implique notamment la collecte et la communication de renseignements personnels nécessaires en vue d’assurer un cheminement scolaire adéquat (adaptation, suivi et décisions pédagogiques liés aux besoins spécifiques). Les interventions pouvant être effectuées dans le cadre des services offerts sont:[ ]  Consultation des informations au dossier[ ]  Évaluation[ ]  Observation directe[ ]  Rencontres (individuelles / sous-groupe)[ ]  Échanges avec d’autres intervenants travaillant à l’école et, s’il y a lieu, à la Commission scolaire des Navigateurs.[ ]  Autres :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**J’atteste que les renseignements** concernant le but, la nature, la pertinence et les principales modalités de la prestation des services professionnels, ses avantages et ses inconvénients ainsi que son alternative, les limites et les responsabilités mutuelles des parties **ont été expliqués, et compris**, ainsi que le choix de refuser les services professionnels offerts ou de cesser, à tout moment, de recevoir les services professionnels. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Initiales – répondant (s) / élève 14 ans ou plus ayant la capacité de discernement Initiales - intervenant [ ]  **Je consens** à la prestation des services par (intervenant)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tant que ceux-ci seront jugés utiles et nécessaires et j’autorise la communication des renseignements personnels nécessaires à l’exercice des fonctions des intervenants de la CSDN directement impliqués.[ ]  **Je refuse** la prestation des services. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature du ou des répondant (s) / élève 14 ans ou plus ayant la capacité de discernement |
| **INTERVENTION SPÉCIFIQUE EN ERGOTHÉRAPIE** |
| À des fins cliniques, l’intervenant peut juger nécessaire d’avoir recours à des modalités d’intervention spécifiques. J’atteste que les renseignements relatifs à l’usage ultérieur prévu, les modalités de révocation, ainsi que les mesures assurant la confidentialité des enregistrements ont été expliqués, et compris :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Initiales – répondant (s) / élève 14 ans ou plus ayant la capacité de discernement Initiales - intervenant [ ]  **Je consens** à l’enregistrement [ ] audio [ ] vidéo par (intervenant)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  **Je refuse** l’enregistrement [ ] audio [ ] vidéo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature du ou des répondant (s) / élève 14 ans ou plus ayant la capacité de discernement |