 d’informations

Consentement à l’échange d’informations

|  |
| --- |
| Consentement à l’échange d’informations |

Je soussigné(e)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consens à ce que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ responsable de service de garde en milieu familial reconnu par le CPE La Girouette Inc. à communiquer à un professionnel les renseignements qui lui sont nécessaires pour aider et soutenir davantage mon enfant dans divers apprentissages.

Nom de l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_

(Cochez et complétez le ou les choix) :

**( ) Prestataire de service de garde en milieu familial antérieur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( ) Prestataire de service de garde en installation antérieur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( ) Médecin et/ou pédiatre (spécifier)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**( ) Spécialiste (spécifier)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**( ) Autres (spécifier) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

La présente autorisation est valable tant que mon enfant fréquentera ce milieu de garde.

**Signature du parent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**