

# ÉQUIPE DE CONSEILLERS DES SERVICES DE SOUTIEN AUX ÉLÈVES SOURDS ET MALENTENDANTS— FORMULAIRE DE PRÉSENTATION

**Remarque : Télécharger et sauvegarder ce formulaire sur votre appareil numérique, utiliser Adobe Acrobat pour le remplir et le soumettre par courriel.**

## Renseignements sur l'élève

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance (J/M/A) \_\_\_\_\_

Parent(s) ou tuteur(s) \_\_\_\_\_ Téléphone résidentiel (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Téléphone au travail (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Cellulaire (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Langues d'usage à la maison et mode de communication \_\_\_\_\_

Conseiller du ministère de l'Éducation et de l'Apprentissage de la petite enfance du Manitoba \_\_\_\_\_

Organismes concernés Manitoba Possible CSHC autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_ Audiologiste \_\_\_\_\_

Problèmes médicaux ou déficiences physiques additionnels : \_\_\_\_\_

## Renseignements sur l'école

École \_\_\_\_\_ Niveau scolaire \_\_\_\_\_ Division scolaire \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Téléc. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Directeur d'école \_\_\_\_\_

Courriel du directeur d'école \_\_\_\_\_

Nom de la personne-ressource ou du gestionnaire de cas \_\_\_\_\_ Poste à l'école \_\_\_\_\_

Courriel de la personne-ressource \_\_\_\_\_

Personnel de la division scolaire concerné (p. ex., orthopédagogue, orthophoniste, enseignant des élèves sourds ou malentendants, psychologue, etc.) \_\_\_\_\_

Raison(s) de présentation à l'équipe : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ NOTER : Vous devez joindre la plus récente copie du RAPPORT ODILOGIQUE de l'élève à cette demande.**

Signature du parent ou du tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du directeur d'école \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature de l'administrateur des services aux élèves \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

VEUILLEZ ENVOYER le présent formulaire dûment rempli, le rapport audiologique et le formulaire  
*Consentement à la collecte indirecte et à la divulgation de renseignements personnels* à :

Équipe de conseillers des services de soutien aux élèves sourds et malentendants

Direction de soutien à l'inclusion

1181, avenue Portage, bureau 204

Winnipeg (Manitoba) Canada R3G 0T3 OU par télécopie à : 204 948-3229

OU par courriel à : [Robynne.Taypaywaykejick@gov.mb.ca](mailto:Robynne.Taypaywaykejick@gov.mb.ca)





## Éducation et Apprentissage de la petite enfance

Division de la réussite scolaire et de l'inclusion

Direction de soutien à l'inclusion

1181, avenue Portage, salle 211, Winnipeg (Manitoba) Canada R3G 0T3

Tél. 204 945-7907 Téléc. 204 948-2501

www.edu.gov.mb.ca

### Consentement à la Collecte et à la Divulgence indirectes des renseignements personnels et des enseignements médicaux personnels par le Ministère de l'éducation et de l'apprentissage de la petite enfance (Section des Services aux sourds et aux malentendants)

La Section des services aux sourds et aux malentendants (la « Section ») peut avoir besoin de recueillir et de divulguer les renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels de votre enfant afin de fournir des services de consultation aux écoles qui offrent un programme à votre enfant.

Nous demandons votre consentement pour que la Section puisse recueillir et divulguer les renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels suivants de votre enfant en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* (c. F175 de la C.P.L.M.) (LAIPVP) et la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* (c. P33.5 de la C.P.L.M.) (LRMP) :

- le développement de la parole;
- le développement du langage;
- le développement auditif et de l'écoute;
- les conditions de santé, intellectuelles, émotionnelles et sociales qui pourraient avoir un effet sur l'apprentissage.

#### Consentement

Je consens à ce que les personnes et les organismes indiqués ci-dessous communiquent des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels de mon enfant à la Section pour aider son école à lui offrir des programmes appropriés :

Ces renseignements peuvent être recueillis ou communiqués par les personnes ou les organismes suivants :

l'école (nom) : \_\_\_\_\_

Manitoba Possible et CCC

Central Speech and Hearing Clinic

l'audiologiste (nom) : \_\_\_\_\_  autre (nom) : \_\_\_\_\_

un organisme à l'extérieur du Manitoba (nom) : \_\_\_\_\_

Je consens à ce que la Section recueille les renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels de mon enfant de ces personnes ou de ces organismes, et à ce que la Section communique ces renseignements personnels à ces personnes ou à ces organismes lorsqu'il est nécessaire que la Section obtienne ces renseignements pour appuyer l'école de mon enfant afin qu'elle lui offre des programmes appropriés.

#### Je comprends que :

j'ai le droit de mettre fin à mon consentement en tout temps en communiquant avec la Section. Je ne peux pas mettre fin à mon consentement rétroactivement. Mon consentement continue jusqu'à ce que je communique avec la Section pour mettre fin à mon consentement;

on demandera aux personnes et aux organismes indiqués ci-dessus qui recueillent et communiquent les renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels de mon enfant de n'utiliser ou de ne communiquer ces renseignements qu'aux fins prévues ci-dessus;

les renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels reçus par la Section seront conservés dans un dossier confidentiel et l'accès à ces renseignements sera réservé aux personnes qui travaillent pour appuyer mon enfant (par exemple : conseiller pédagogique en éducation, conseiller pédagogique en langue parlée, conseiller pédagogique en ASL, conseiller pédagogique en interprétation ou autres au besoin).

Nom et date de naissance de l'enfant (veuillez écrire en lettres moulées) \_\_\_\_\_

Signature du parent ou du tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Si vous avez des questions concernant ce formulaire ou la collecte des renseignements, veuillez appeler le 204 945-7912**