



CONSENTEMENT À OBTENIR ET COMMUNIQUER DE L'INFORMATION

Le Centre d'expertise Marie-Vincent (le « **CEMV** ») est un lieu où enfants et adolescents peuvent recevoir, au même endroit, les services psychosociaux, policiers, médicaux et sociojudiciaires liés à la problématique de la violence sexuelle, certains de ces services étant dispensés par l'intermédiaire de partenaires du CEMV.

Dans le cadre des services et traitements qu'il offre, le CEMV doit parfois échanger avec certains de ses partenaires des renseignements personnels relatifs à l'enfant, à l'adolescent ou au parent qui bénéficie de services afin d'identifier ses besoins et de coordonner les services qui lui sont offerts. À cette fin, le consentement du bénéficiaire des services et/ou des traitements est requis.

Dans le cas particulier de l'enfant âgé de moins de 14 ans, le consentement du parent, du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur, selon le cas, est requis afin de permettre aux intervenants concernés de procéder au partage d'information.

Identification du bénéficiaire: _____
Nom et prénom en lettres moulées

Date de naissance : ____/____/____
aaaa mm jj

Consentement au partage d'informations

À titre de parent bénéficiaire, adolescent de 14 ans et plus ou parent/titulaire de l'autorité parentale/tuteur de l'enfant de 14 ans et moins, j'autorise le CEMV à obtenir et communiquer des renseignements relatifs à l'enfant ci-haut mentionné ou à moi-même, selon le cas, avec les organismes suivants :

- Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants
- Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)
- Autre : _____
- Autre : _____
- Autre : _____
- Autre : _____
- Autre : _____

Validité du consentement

Je comprends que cette autorisation est valide tant que je recevrai ou l'enfant pour lequel je consens recevra les services offerts par le CEMV et pour la période supplémentaire nécessaire afin de transmettre aux organismes concernés les informations liées à la fermeture du dossier :

OUI NON



Retrait du consentement

Je comprends par ailleurs que je peux en tout temps retirer mon consentement au partage d'informations ci-haut décrit en informant verbalement ou par écrit l'un des intervenants du CEMV:

OUI NON

Je confirme avoir eu l'opportunité de poser toutes mes questions concernant le partage d'information et d'avoir reçu des réponses à toutes ces questions :

OUI NON

Signature : _____ Date : ____/____/____
aaaa mm jj

Nom et prénom en lettres moulées : _____

Lien avec l'enfant de moins de 14 ans : _____

Signature du témoin : _____ Date : ____/____/____
aaaa mm jj

Nom et prénom en lettres moulées : _____