

# CONSENTEMENT

## PROCESSUS D'INTERVENTION AUPRÈS DES ENFANTS

Plusieurs ressources professionnelles effectueront des visites au CPE telles que des orthophonistes, des ergothérapeutes, des neuropsychologues, des orthopédagogues, des psychologues ou des psychoéducateurs, et ce, dans le cadre de la restructuration des services offerts au CPE. L'objectif est de s'assurer du développement optimal de chaque enfant. Soyez assurés que si des démarches supplémentaires deviennent nécessaires (ex : interventions intensives), vous en serez les premiers avisés.

**Ce consentement permet d'autoriser les professionnels en poste au CPE à procéder aux activités suivantes :**

- ▶ Observer votre enfant de façon informelle;
- ▶ Évaluer votre enfant, à l'aide d'outils spécialisés afin de bien cerner ses forces et les éléments de son développement qui gagneraient à être travaillés;
- ▶ Intervenir auprès de votre enfant de façon adéquate selon ses besoins en instaurant un plan d'intervention qui sera partagé avec les intervenants de l'équipe du CPE;
- ▶ Communiquer et travailler de pair avec le personnel du CPE dans le but de répondre aux besoins de votre enfant;
- ▶ Partager les informations pertinentes (ex : rapport d'évaluation, plan d'intervention, recommandations) avec d'autres intervenants travaillant auprès de votre enfant (à l'intérieur et à l'extérieur du CPE).

L'équipe est également autorisée à communiquer avec vous ou tout autre partenaire travaillant auprès de votre enfant par voie informatique malgré les risques liés à la sécurité informatique.

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance de l'enfant : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date qui était prévue pour l'accouchement de l'enfant : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Numéro de bande de l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

J'atteste que les renseignements concernant l'intervention ont été expliqués et compris, notamment 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.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur #1

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur #2

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin (au besoin)