



Formulaire de consentement

La table d'intervention de Prescott-Russell a pour but de :

- Rassembler les secteurs de services à la personne pour identifier localement les enjeux systémiques et facteurs de risque courants et offrir un réseau de soutien aux populations vulnérables dans notre communauté pour prévenir les situations de crise.
- Permettre le partage d'informations entre les agences afin de traiter des situations liées à certains facteurs de risque.

CONSENTEMENT À OBTENIR, DIVULGUER, TRANSMETTRE OU ACCÉDER À DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom complet:	Date de naissance:
Adresse:	
Ville:	Code postal:
Téléphone:	Cellulaire:

Je _____ (parent, tuteur ou autre: _____) autorise les partenaires ci-dessous, par les présentes, à transmettre les renseignements pertinents en mon nom dans le but de m'aider ou de m'appuyer tel que requis, demandé ou nécessaire :

<input type="checkbox"/> Conseil scolaire de district catholique de l'Est Ontarien CSDCEO	<input type="checkbox"/> MCYS – Youth Probation
<input type="checkbox"/> MHARC	<input type="checkbox"/> Probation and Parole Services / MCSCS
<input type="checkbox"/> Laurencrest Youth Services Inc.	<input type="checkbox"/> Services aux victims Prescott-Russell
<input type="checkbox"/> OPP	<input type="checkbox"/> United Counties of Prescott-Russell / Housing Services
<input type="checkbox"/> Maison Interlude house	<input type="checkbox"/> Upper Canada District School Board
<input type="checkbox"/> Valoris pour enfants et adultes de Prescott-Russell	<input type="checkbox"/> Victime/Witness assistance program
<input type="checkbox"/> Youturn Youth Support Services	<input type="checkbox"/> Catholic District School Board of Eastern Ontario CDSBEO
<input type="checkbox"/> Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario	<input type="checkbox"/> Centre Novas CALACS francophone de Prescott-Russell
<input type="checkbox"/> Health Link community Paramedic	<input type="checkbox"/> United Counties of Prescott-Russell / Social Services
<input type="checkbox"/> Canadian Mental Health Association - Champlain East	<input type="checkbox"/> Clinique juridique

Other (specify agency/service): _____

Je comprends que ces renseignements sont confidentiels parmi les partenaires communautaires indiqués ci-dessus et à des fins autres que procédures criminelles, familiales ou civiles. Ce consentement demeure valide pendant 6 mois et peut être retiré à tout moment, selon ma décision, en avisant par écrit un partenaire impliqué à la table d'intervention de Prescott-Russell.

Par la présente, je renonce à toutes réclamations contre les organisations susmentionnées en ce qui concerne la divulgation de mes renseignements personnels.

Signature: _____

Date: _____

Témoin (nom): _____

Téléphone du témoin: _____

Signature du témoin: _____

Date: _____



Consent Form

PRESCOTT RUSSELL SITUATION TABLE PURPOSE:

- To bring together diverse front-line service providers and collaboratively mobilize appropriate short-term community services to develop interventions and address situations of Acutely Elevated Risk (AER).
- To permit multi-agency information sharing to address situations related to certain risk factors.

CONSENT TO OBTAIN, DISCLOSE, TRANSMIT OR ACCESS PERSONAL INFORMATION

Full Name:	Date of Birth:
Address:	
City:	Postal Code:
Phone:	Phone:

I _____ (parent/guardian/other: _____) hereby authorize the following community partners to share and receive relevant information on my behalf to assist and support me as requested, required or as necessary.

<input type="checkbox"/> Conseil scolaire de district catholique de l'Est Ontarien CSDCEO	<input type="checkbox"/> MCYS – Youth Probation
<input type="checkbox"/> MHARC	<input type="checkbox"/> Probation and Parole Services / MCSCS
<input type="checkbox"/> Laurencrest Youth Services Inc.	<input type="checkbox"/> Services aux victims Prescott-Russell
<input type="checkbox"/> OPP	<input type="checkbox"/> United Counties of Prescott-Russell / Housing Services
<input type="checkbox"/> Maison Interlude house	<input type="checkbox"/> Upper Canada District School Board
<input type="checkbox"/> Valoris pour enfants et adultes de Prescott-Russell	<input type="checkbox"/> Victime/Witness assistance program
<input type="checkbox"/> Youturn Youth Support Services	<input type="checkbox"/> Catholic District School Board of Eastern Ontario CDSBEO
<input type="checkbox"/> Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario	<input type="checkbox"/> Centre Novas CALACS francophone de Prescott-Russell
<input type="checkbox"/> Health Link community Paramedic	<input type="checkbox"/> United Counties of Prescott-Russell / Social Services
<input type="checkbox"/> Canadian Mental Health Association - Champlain East	<input type="checkbox"/> Clinique juridique

Other (specify agency/service): _____

I understand this information is confidential between the community partners consented to above and is **not** for the purposes of any criminal or civil proceeding. This consent remains valid for 6 months and may be withdrawn by me at any time by notifying an involved Prescott-Russell Situation Table partner in writing.

I hereby waive any and all claims against the above noted organizations in relation to the disclosure of my personal information.

Signature: _____

Date: _____

Witness (name): _____

Witness Contact Number: _____

Witness Signature: _____

Date: _____