

### **ANNEXE C – Consentement à la communication de renseignements à l'agence**

Je \_\_\_\_\_ (parent ou tuteur légal), de  
(nom complet de l'enfant) \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_  
consens et autorise le ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance de la  
province du Nouveau-Brunswick à partager/divulguer les renseignements personnels suivants,  
les renseignements personnels sur la santé, les documents, formulaires et/ou des rapports au  
sujet de mon enfant (nom complet de l'enfant) \_\_\_\_\_  
avec l'agence AIS

Veuillez cocher les boîtes ci-dessous pour recevoir et partager les renseignements, documents,  
et rapports de :

- nom de l'enfant
- date de naissance de l'enfant
- formulaire de confirmation du diagnostic
- langue de service
- langue de communication avec les parents
- adresse, numéro de téléphone et courriel des parents.

Je suis le parent ou le tuteur légal de l'enfant (nom complet de l'enfant) \_\_\_\_\_  
pour laquelle l'information demandée est applicable. Je déclare que j'ai examiné les informations  
sur ce formulaire et comprends le but et les modalités de son utilisation. Je comprends aussi que  
je peux révoquer ce consentement à tout moment en donnant un avis écrit au ministère de  
l'Éducation et du Développement de la petite enfance. Ma signature ci-dessous indique mon  
consentement.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du tuteur légal

\_\_\_\_\_  
Date

Les renseignements fournis dans ce formulaire seront utilisés conformément aux dispositions de la Loi  
sur le droit à l'information et la protection de la vie privée et la Loi sur l'accès et la protection en matière  
de renseignements personnels sur la santé

**Veillez envoyer le formulaire rempli par courrier, fax ou courriel à :**

Autism/Autisme – Éducation et Développement de la petite enfance  
Place 2000 - 250 rue King - Fredericton, N.-B. E3B 9M9  
ou par fax au 506-462-2104 ou par courriel à [autism.autisme@gnb.ca](mailto:autism.autisme@gnb.ca)