



**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU PARTAGE D'INFORMATIONS ENTRE  
ORGANISMES DU *COMITÉ DES CAMPS SPÉCIALISÉS*  
POUR: MEMBRE PARTICIPANT / REPRÉSENTANT LÉgal**

Dans ce texte, le *comité des camps spécialisés* réfère aux organismes suivants: Adaptavie; AQEPA; Autisme Québec; Laura Lémerveil; Le Sillage; Maisons des Lucioles.

Pour faciliter l'accès aux camps de jour adaptés et améliorer nos services, plusieurs organismes se sont concertés. L'objectif est de simplifier l'inscription et de mieux collaborer pour offrir une meilleure expérience aux familles de la Capitale-Nationale.

Les objectifs du projet sont:

- Faciliter l'accès aux services ;
- Favoriser l'équité ;
- Améliorer la communication ;
- Assurer la transparence.

Ainsi, le *comité des camps spécialisés* nécessite votre consentement afin de partager certains de vos renseignements personnels. Ceux-ci seront utilisés à des fins de concertation, en concordance avec les objectifs visés par le projet. Les données, anonymisées, seront également utilisées à des fins statistiques, afin d'élaborer un portrait réel des besoins et de l'offre en camp de jour adaptés pour la région de la Capitale-Nationale.

En sachant plus exactement à quel endroit le besoin est le plus grand, ainsi que le nombre d'individus n'ayant pas accès aux services estivaux, les organismes seront mieux outillés dans leurs démarches de demandes de financement et de revendications.

Ce document a été conçu pour respecter la loi 25, qui est une loi pour protéger vos renseignements personnels.

**Veillez initialement les utilisations auxquelles vous consentez :**

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU PARTICIPANT	UTILISATIONS	INITALES
Nom et prénom	À des fins d'identification.	
Date de naissance	À des fins d'identification.	
Diagnostiques et conditions de santé	Pour s'assurer que l'organisation puisse offrir des services adaptés aux participants.	
Semaine de fréquentation demandées et attribuées	Pour s'assurer qu'un participant qui est inscrit dans plusieurs organismes ne se fasse pas attribuer les mêmes semaines de fréquentation afin de maximiser les services en camp spécialisé.	

Je consens à ce que les informations soient partagées aux organismes nommés ci-dessus pour la concertation.

Je consens à ce que les informations soient partagées aux organismes nommés ci-dessus, et anonymisées, à des fins statistiques.

Je refuse le partage d'information.

**En signant ci-dessous, je reconnais avoir lu et accepte ce qui suit : Avantages de consentir :**

Cela permettra aux organismes de mieux distribuer les semaines de camp entre les participants; le *comité des camps spécialisés* espère que cela permettra une meilleure complémentarité des services. Cette concertation évitera qu'un participant se fasse attribuer les mêmes semaines de fréquentation dans deux organismes. Cela permettra également d'éviter que je fasse des démarches pour annuler des semaines qui seraient données en double. Le *comité des camps spécialisés* espère que cela permettra une meilleure gestion des listes d'attente.

**Conséquences du refus de consentir :** Le refus de consentir n'aura aucun impact sur les inscriptions envoyées aux différents organismes. Toutefois, il est possible que certains organismes confirment une offre de service qui se chevauche ou qui concerne les mêmes semaines.

**Engagement du *comité des camps spécialisés* :** Le *comité des camps spécialisés* s'engage à prendre les mesures raisonnables pour protéger mes renseignements personnels

conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels du Québec (Loi 25). Ils seront utilisés uniquement pour les finalités consenties et conformément aux lois applicables.

**Durée du consentement :** Ce consentement est valide jusqu'au 28 février 2026 ou jusqu'à ce que je choisisse de le retirer.

**Conservation des données :** À la suite du retrait de mon consentement, le *comité des camps spécialisés* conservera mes informations personnelles selon les exigences légales et réglementaires en vigueur au Québec. **Vos droits :** Je comprends que je peux retirer mon

consentement à tout moment. Je suis également informé(e) de mon droit de consulter et de rectifier les informations personnelles me concernant détenues par le *comité des camps spécialisés*.

### **Section pour le représentant légal (à remplir si le participant ne peut consentir lui-même)**

Si le participant est dans l'incapacité de consentir en raison d'un handicap ou d'une vulnérabilité, un représentant légal peut signer ce formulaire au nom du client.

Je confirme que je dispose de l'autorité légale nécessaire pour consentir au nom de [nom du participant]. Une preuve de cette autorité peut être demandée.

Je confirme que, si applicable, l'autre personne détenant l'autorité légale a été informée de la démarche.

### **Signature**

Nom du membre participant :

Signature du participant:

Date :

Nom du représentant légal [si applicable] :

Relation avec le membre participant [si applicable] :

Signature du représentant [si applicable] :