

# Formulaires d'autorisations CPE Manche de Pelle





## FORMULAIRE D'AUTORISATION CPE Manche de Pelle

Nom complet de l'enfant :
Date de naissance JJ /MM /AAAA :
Adresse :
Nom du parent/tuteur :
Nom du parent/tutrice :

\_\_\_\_\_  
Je, soussigné-e (nom complet et adresse)

\_\_\_\_\_  
En ma qualité de (mère, père, tuteur-trice)

\_\_\_\_\_  
Autorise le **CPE MANCHE DE PELLE**

Adresse complète : \_\_\_\_\_ 340 Rue Kennedy N, Sherbrooke, QC J1E 2E7 \_\_\_\_\_

**ACCEPTEZ-VOUS QUE VOTRE ENFANT PARTICIPE AUX SORTIES ORGANISÉES PAR LE CPE ?**

OUI  NON

**LORS DES SORTIES ORGANISÉES PAR LE CPE, ACCEPTEZ-VOUS QUE VOTRE ENFANT SOIT TRANSPORTÉ PAR AUTOBUS SCOLAIRE OU VIA LES SERVICES DE LA SOCIÉTÉ DE TRANSPORT DE SHERBROOKE?**

OUI  NON

**ACCEPTEZ-VOUS QUE VOTRE ENFANT SOIT FILMÉ ET/OU PHOTOGRAPHIÉ DANS LE CADRE DES ACTIVITÉS DU CPE?**

OUI  NON

**À DES FINS DE FORMATION, ACCEPTEZ-VOUS QUE VOTRE ENFANT PARTICIPE ET SOIT FILMÉ ET/OU PHOTOGRAPHIÉ DANS LE CADRE DE PROJETS ÉTUDIANTS OU D'UN PROCESSUS DE FORMATION PROFESSIONNELLE (COLLÉGIAL OU UNIVERSITAIRE), AUTORISÉS PAR LE CPE?** (EX : COUD, RAC, SAPAJOU, PARTENARIAT AVEC LES DIFFÉRENTES TECHNIQUES OFFERTES AU CEGEP DE SHERBROOKE, ETC.)

*\*CES DOCUMENTS SERONT DIFFUSÉS UNIQUEMENT AUX FINS DU PROJET OU DE LA FORMATION ET SERONT DÉTRUITS PAR LA SUITE.*

OUI  NON

**DANS UN SOUCI D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE NOS PRATIQUES, ACCEPTEZ-VOUS QUE VOTRE ENFANT PARTICIPE ET SOIT FILMÉ ET/OU PHOTOGRAPHIÉ DANS LE CADRE DE PROJETS DE RECHERCHES EN LIEN AVEC LA PETITE ENFANCE ET AUTORISÉS PAR LE CPE?** (EX : PROJETS DIRIGÉS PAR L'UNIVERSITÉ TELS QUE : projet d'«Intervention précoce en milieu de garde : modèle intersectoriel de soutien aux enfants en CPE inclusifs », ETC.)

*\*CES DOCUMENTS SERONT DIFFUSÉS UNIQUEMENT AUX FINS DU PROJET DE RECHERCHE ET SERONT DÉTRUITS PAR LA SUITE.*

OUI  NON

**DANS LE BUT D'ASSURER UNE VIGILANCE DÉVELOPPEMENTALE ET DE NOUS AIDER À MIEUX PLANIFIER NOS ACTIONS ÉDUCATIVES, ACCEPTEZ-VOUS QUE NOUS UTILISONS DIFFÉRENTS OUTILS PROFESSIONNELS POUR OBSERVER ET ANALYSER L'ÉVOLUTION DU DÉVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANTS?** (EX : GRILLES D'OBSERVATIONS : ASQ, ASQ-SE, GED, EIS, CONTINUUM DE DÉVELOPPEMENT CASIOPE, ETC.).

*\*Si la situation se présente vous en serez informés.*

OUI  NON

**ACCEPTEZ-VOUS QUE L'ANNIVERSAIRE DE VOTRE ENFANT SOIT SOULIGNÉ PAR LE PERSONNEL DU CPE?**

OUI  NON

**SI LA SITUATION LE REQUIERT, AFIN DE FAVORISER UNE TRANSITION SCOLAIRE RÉUSSIE, ACCEPTEZ-VOUS QUE NOUS COMMUNIQUIONS ET ÉCHANGIONS AVEC LE CENTRE DE SERVICE SCOLAIRE DE LA RÉGION DE SHERBROOKE, LES INFORMATIONS PERTINENTES AU SUJET DE VOTRE ENFANT ET QUE NOUS LEUR FASSIONS PARVENIR LES DOCUMENTS SUIVANTS :**

- Procédure d'échange d'informations concernant les besoins de l'enfant, dans le cadre de l'entente intervenue entre le RCPECE et le Centre de Services Scolaire de la Région-de-Sherbrooke.
- Autres documents jugés pertinents (Ex : portraits périodiques, Plan de soutien au développement, Plan d'intégration, etc.)

*\*Si la situation se présente vous en serez informés.*

OUI  NON

**SI LA SITUATION LE REQUIERT, AFIN DE FAVORISER UN DÉVELOPPEMENT HARMONIEUX ET OPTIMAL DE VOTRE ENFANT, ACCEPTEZ-VOUS QUE NOUS COMMUNIQUIONS ET ÉCHANGIONS LES INFORMATIONS PERTINENTES AVEC TOUT INTERVENANT, PROFESSIONNELS OU ÉTABLISSEMENTS IMPLIQUÉS AUPRÈS DE VOTRE ENFANTS?**

- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ;
- PROFESSIONNEL DU MILIEU PRIVÉ, RECONNU PAR L'AISG (MÉDECIN, ERGOTHÉRAPEUTE, PHYSIOTHÉRAPEUTE, OPTOMÉTRISTE, AUDILOGISTE, ORTHOPHONISTE, PSYCHOLOGUE, ET PSYCHOÉDUCATEUR) ;
- ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ;
- ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES ;
- ETC.

*\*Si la situation se présente vous en serez informés.*

OUI  NON

Signature : \_\_\_\_\_

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

**N.B. : Cette autorisation est valide pour la durée de la fréquentation de l'enfant au C.P.E.**