

**Accès aux et divulgation d'informations en soutien d'une demande dans le cadre de l'Initiative :
Les enfants d'abord (IEA) Nunavik**

IDENTIFICATION DU (DE LA) CLIENT(E)

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance (aa/mm/jj) :

Sexe : ☐ Femelle ☐ Mâle ☐ Autre

Numéro de bénéficiaire et/ou numéro N :

Adresse complète :

Téléphone :

Courriel :

IDENTIFICATION DU (DE LA) REQUÉRANT(E)

Nom et prénom :

Titre ou lien avec client(e) :

Nom de l'organisme :

Adresse complète :

Téléphone :

Courriel :

CONSENTEMENT DE L'USAGER OU DE SON(SA) REPRÉSENTANT(E) LÉGAL(E)

En tant que représentant(e) légale(e) de (nom de l'enfant), _____ j'autorise les instances suivantes à échanger des informations contenues dans le(s) dossier(s) de (nom de l'enfant) ainsi que dans la demande de l'Initiative : Les enfants d'abord afin de répondre à la lacune au niveau des services et de cueillir les renseignements nécessaires pour finaliser la demande.

Je (usager ou représentant(e) légal(e)), _____, autorise:

- ☐ la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN)
- ☐ l'équipe de l'Initiative : Les enfants d'abord/Principe de Jordan (gouvernement fédéral)
- ☐ le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (CSTU)
- ☐ le Centre de santé Inuulitsivik (CSI)
- ☐ la Société Makivik
- ☐ Kativik Ilisarniliriniq (KI)
- ☐ l'Administration régionale Kativik (ARK)
- ☐ le CLSC
- ☐ autre (précisez) : _____

Signature : _____ Date : _____
(Parent ou tuteur)

Signature : _____ Date : _____
(Enfant âgé de 14 ans et plus)

Retournez le formulaire à :

Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN)

Initiative Les Enfants d'Abord (IEA)

Téléphone : 833-405-1234

cfi.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca

Web : nrbhss.ca/CFI