



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'INTERVENTION PROFESSIONNELLE EN ERGOTHÉRAPIE

Nom de l'élève : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Année / mois / jour Sexe : _____ École : _____

Nom de la mère : _____ Tél. : rés. (____) _____ autre (____) _____

Adresse de la mère : _____

Nom du père : _____ Tél. : rés. (____) _____ autre (____) _____

Adresse du père (si différente de celle de la mère) : _____

Adresse courriel (mère) _____ (père) _____

Votre enfant a été référé en ergothérapie par : _____
Nom de la direction de l'école (lettres moulées)

Motif de référence : _____

A être complété par un parent :

(SVP cochez) : J'accepte Je refuse

que le professionnel intervienne auprès de mon enfant pour le motif cité ci-haut dans un contexte de consultation

J'autorise également le professionnel à discuter avec les intervenants impliqués de la classe du fonctionnement de mon enfant (ex. forces et difficultés relevées) et transmettre des recommandations qui pourraient l'aider dans son environnement scolaire.

Le professionnel est disponible pour vous expliquer la nature du mandat qui lui est confié et s'assurera de votre consentement si des interventions spécifiques pour votre enfant sont indiqués.

Nom du professionnel : *Guylaine Bossé, ergothérapeute (514) 855-4500 # 732674*

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

Date

Original : dossier du professionnel