



CENTRE DENTAIRE FAMILIAL DU RICHELIEU

1300, chemin des Patriotes, Richelieu (QC) J3L 4S6 · 450 447-7776

Formulaire de consentement pour la collecte et l'utilisation de renseignements personnels d'une personne mineure

NOM DU PARENT OU DU TUTEUR LÉGAL

NOM DE LA PERSONNE MINEURE

Je soussigné(e), dont le nom figure ci-dessus, donne par la présente mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels de la personne mineure nommée ci-dessus, dont je suis le tuteur ou la tutrice légal(e), par le Centre dentaire familial du Richelieu dans le but de lui fournir des services dentaires.

Je reconnais avoir reçu des informations sur la manière dont ses renseignements personnels seront collectés, utilisés, partagés, stockés et protégés.

Je reconnais avoir reçu des informations sur ses droits relatifs aux renseignements personnels.

Les informations précédentes se retrouvent dans la politique de confidentialité du Centre dentaire familial du Richelieu.

Je comprends que le consentement est valide tant que la personne mineure est patiente du Centre dentaire familial du Richelieu et que je peux retirer le consentement à la collecte et à l'utilisation de ses renseignements personnels à tout moment selon la procédure décrite dans la politique de confidentialité. Cependant, cela pourrait empêcher le Centre dentaire familial du Richelieu de lui fournir des services dentaires.

J'ai lu et compris les informations ci-dessus et consens volontairement à la collecte et à l'utilisation des renseignements personnels telle que décrite.

SIGNATURE

DATE (AAAA-MM-JJ)