

Avis de collecte des renseignements personnels

Les renseignements personnels du présent formulaire sont fournis à votre fournisseur de services de garde d'enfant en vertu du paragraphe 35(2) du Règlement de l'Ontario 137/15 de la *Loi de 2014 sur la garde d'enfants et la petite enfance*. Les renseignements peuvent être recueillis et utilisés par le ministère de l'Éducation afin de vérifier la conformité à ce paragraphe. Ils peuvent aussi être recueillis et utilisés par le médecin-hygiéniste conformément à l'alinéa 72(6)(a) du Règlement de l'Ontario 137/15 en vertu de la *Loi de 2014 sur la garde d'enfants et la petite enfance* afin de favoriser la santé et le bien-être des enfants. Les questions au sujet de cette collecte doivent être envoyées à : Chef de la délivrance des permis et de la conformité, ministère de l'Éducation, 77, rue Wellesley Ouest, CP 980, Toronto ON M7A 1N3, ou posées en appelant le Service d'assistance concernant les services de garde agréés au 1 877 510-5333.

Section 1 – Renseignements sur l'enfant

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
----------------	--------	--------------------------------

Adresse (domicile)

Numéro de bureau	Numéro de la rue	Nom de la rue
Ville		Province
		Code postal

Centre de garde / Agence de services de garde en milieu familial

Section 2 – Déclaration du membre d'une profession de la santé réglementée

Je soussigné ou je soussignée, _____, certifie que,
 (Membre d'une profession de la santé réglementée) (Nom de famille, Prénom)

pour les raisons médicales indiquées ci-dessous, l'enfant susnommé doit être exempté des exigences du Règlement de l'Ontario 137/15 en vertu de la *Loi de 2014 sur la garde d'enfants et la petite enfance*.

Les raisons précises et la durée des exemptions sont cochées ci-dessous.

Les périodes des exemptions médicales temporaires sont précisées.

Maladies	Immunité		Contre-indication Nuisible à la santé	Durée de l'exemption			
	Diagnostic clinique antérieur de la maladie	Confirmation en laboratoire de l'immunité ou d'une maladie antérieure		Permanente	Temporaire	Début (aaaa/mm/jj)	Fin (aaaa/mm/jj)
Diphtérie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	
Tétanos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	
Coqueluche			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	
Poliomyélite			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	
Méningococcie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	
Rougeole			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Oreillons			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/		
Haemophilus influenzae de type b (Hib)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	
Varicelle	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	

*Un diagnostic clinique antérieur de varicelle ou de zona est acceptable pour l'immunité à la varicelle.

Utilisez cet espace pour définir la preuve d'immunité.

Utilisez cet espace pour expliquer les contre-indications nuisibles à la santé.

Section 3 – Signature

Nom du membre d'une profession de la santé réglementée (Nom de famille, Prénom)	Numéro d'enregistrement ou de permis
---	--------------------------------------

Adresse professionnelle

Numéro de bureau	Numéro de la rue	Nom de la rue	Case postale
Ville		Province	Code postal

Signature du membre d'une profession de la santé réglementée	Date (aaaa/mm/jj)
--	-------------------