



Formulaire de consentement pour le dépistage visuel des élèves

Nom de l'élève : _____ Date de naissance : _____

Cher parent/tuteur :

Une bonne vision est essentielle à l'apprentissage de votre enfant. Souvent, les enfants ne se plaignent pas de leur mauvaise vision car ils ont l'habitude de voir le monde ainsi depuis des années et ne réalisent pas qu'il pourrait apparaître différemment. En tant que service gratuit, l'infirmière scolaire évaluera la vision de votre enfant à l'aide d'un tableau de vision standardisé. Le dépistage implique que votre enfant lise des lettres ou identifie des objets à distance et, dans certains cas, de près (dépistage de la vision de près et de loin). Pour que l'infirmière réalise ce dépistage, un consentement préalable est nécessaire.

Un dépistage visuel ne remplace pas un examen ophtalmologique complet par un professionnel de la santé oculaire. Si vous avez des préoccupations concernant la vision de votre enfant, contactez un professionnel de la santé oculaire pour un examen des yeux.

Veuillez faire un choix ci-dessous, signer, dater et retourner ce formulaire de consentement à l'infirmière scolaire :

- JE DONNE mon consentement** pour que l'infirmière scolaire réalise un dépistage visuel sur mon enfant.
- JE NE DONNE PAS mon consentement** pour que l'infirmière scolaire réalise un dépistage visuel sur mon enfant.

Si vous donnez votre consentement et que votre enfant porte des lunettes ou des lentilles, assurez-vous qu'il les porte le jour du dépistage. Vous serez notifié par lettre **UNIQUEMENT** si votre enfant ne passe pas le dépistage ou nécessite un examen des yeux.

X _____

(Signature du parent/tuteur légal/étudiant émancipé)

X ___ / ___ / ___

(Date de signature)

Ce formulaire de consentement restera en vigueur pour votre enfant jusqu'à sa graduation, son départ ou toute autre fin d'inscription dans une école du FCPS, à moins que vous ne révoquiez ce consentement par écrit à tout moment, sauf que cette révocation n'affectera pas les informations qui ont déjà été divulguées en se basant sur ce consentement.

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE À L'INFIRMIÈRE SCOLAIRE