



Commission scolaire  
**au Cœur-des-Vallées**  
SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

Gatineau, le 12 novembre 2019

**PAR COURRIEL**

[REDACTED]

**OBJET : Demande d'accès à l'information**

[REDACTED]

La présente lettre fait suite à votre demande d'accès reçue le 11 novembre 2019.

Nous avons procédé à l'examen de celle-ci et voici les éléments de réponse pertinents :

**En vertu de l'article 9 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, je désire obtenir copie du ou des document(s) suivant(s) :**

**1. Code de conduite des employés (sic).**

Le Code d'éthique applicable à tous les intervenants œuvrant au sein de la CSCV est disponible sur le site internet de la CSCV à l'adresse suivante : [https://www.cscv.qc.ca/download\\_file/view/1957/192](https://www.cscv.qc.ca/download_file/view/1957/192)

**2. Toutes documents dans vos politiques interne qui parle de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (sic).**

La Politique d'utilisation des technologies de l'information et des communications est disponible sur le site internet de la CSCV à l'adresse suivante : [https://www.cscv.qc.ca/download\\_file/view/1189/192](https://www.cscv.qc.ca/download_file/view/1189/192)

**3. En vertu de la décision 1015890-S, allez vous cesser de faire la collecte du NAM (No de RAMQ) dans vos formulaire santé (sic) ?**

Aucun document ne correspond à votre demande.



Commission scolaire  
**au**  
*Cœur-des-Vallées*  
SECRETARIAT GÉNÉRAL

**4. Copie d'un fichier santé (sic).**

*Vous trouverez ci-joints les documents qui correspondent à votre demande.*

**5. La procédure pour portée plainte contre un employée qui ne respecte pas une loi, un règlement et un politique interne (sic).**

*Le Règlement relatif à la procédure d'examen et de traitement des plaintes formulées par les élèves ou leurs parents est disponible sur le site internet de la CSCV à l'adresse suivante : [https://www.cscv.qc.ca/download\\_file/view/2187/192](https://www.cscv.qc.ca/download_file/view/2187/192)*

*Par ailleurs, la Procédure de gestion des plaintes adoptée par la CSCV est disponible sur le site internet de la CSCV à l'adresse suivante : <https://www.cscv.qc.ca/parents-eleves/Plaintes>*

**6. Toutes information sur mes conversation avec la secrétaire générale, SG, mes courrielle envoyer a la CS, SG et toutes échanges interne qui sens resulta (sic).**

*Aucun document ne correspond à votre demande.*

*Je vous prie de recevoir, [REDACTED] l'expression de mes sentiments distingués.*

*Avocate  
Responsable de l'accès à l'information,*

*Sarah Doublali*

## **AVIS DE RECOURS EN RÉVISION**

### **RÉVISION**

#### **a) Pouvoir**

L'article 135 de la Loi prévoit qu'une personne peut, lorsque sa demande écrite a été refusée en tout ou en partie par le responsable de l'accès aux documents ou de la protection des renseignements personnels ou dans le cas où le délai prévu pour répondre est expiré, demander à la Commission d'accès à l'information de réviser cette décision.

La demande de révision doit être faite par écrit; elle peut exposer brièvement les raisons pour lesquelles la décision devrait être révisée (art. 137).

L'adresse de la Commission d'accès à l'information est la suivante :

#### **QUÉBEC**

Bureau 2.36  
525, boul. René-Lévesque Est  
Québec (Québec) G1R 5S9

Tél : (418) 528-7741  
Télé : (418) 529-3102

#### **MONTRÉAL**

Bureau 18.200  
500, boul. René-Lévesque Ouest  
Montréal (Québec) H2Z 1W7

Tél : (514) 873-4196  
Télé : (514) 844-6170

#### **b) Motifs**

Les motifs relatifs à la révision peuvent porter sur la décision, sur le délai de traitement de la demande, sur le mode d'accès à un document ou à un renseignement, sur les frais exigibles ou sur l'application de l'article 9 (notes personnelles inscrites sur un document, esquisses, ébauches, brouillons, notes préparatoires ou autres documents de même nature qui ne sont pas considérés comme des documents d'un organisme public).

#### **c) Délais**

Les demandes de révision doivent être adressées à la Commission d'accès à l'information dans les 30 jours suivant la date de la décision ou de l'expiration du délai accordé au responsable pour répondre à une demande (art. 135).

La loi prévoit spécifiquement que la Commission d'accès à l'information peut, pour motif raisonnable, relever le requérant du défaut de respecter le délai de 30 jours (art. 135).

## **APPEL DEVANT LA COUR DU QUÉBEC**

### **a) Pouvoir**

L'article 147 de la loi stipule qu'une personne directement intéressée peut porter la décision finale de la Commission d'accès à l'information en appel devant un juge de la Cour du Québec sur toute question de droit ou de compétence.

L'appel d'une décision interlocutoire ne peut être interjeté qu'avec la permission d'un juge de la Cour du Québec s'il s'agit d'une décision interlocutoire à laquelle la décision finale ne pourra remédier.

### **b) Délais**

L'article 149 prévoit que l'avis d'appel d'une décision finale doit être déposé au greffe de la Cour du Québec, dans les 30 jours qui suivent la date de réception de la décision de la Commission par les parties.

### **c) Procédure**

Selon l'article 151 de la loi, l'avis d'appel doit être signifié aux parties et à la Commission dans les dix jours de son dépôt au greffe de la Cour du Québec.

14 juin 2006  
Mise à jour le 20 septembre 2006

# FICHE :  
Nom et prénom :

CLASSIFICATION :  
SEXE :  
DATE DE NAISSANCE :  
# D'ASSURANCE MALADIE :

AUTORITÉ PARENTALE :

Père

Mère

Tuteur

Répondant:

Nom:

Prénom:

Courriel :

**\*\*Nous vous demandons d'inscrire votre adresse courriel dans le but de faciliter certaines communications entre le personnel de l'école et les parents.**

ADRESSE DE RÉSIDENCE DE L'ÉLÈVE

Type d'adresse :

Téléphone à la maison

Téléphone au travail

AUTRE ADRESSE DE L'ÉLÈVE (s'il y a lieu)

NUMÉRO D'URGENCE

Autre personne pouvant être rejointe en situation d'urgence :

NOM ET PRÉNOM :

TÉLÉPHONE :

### ALLERGIES ET PROBLÈMES DE SANTÉ

VOTRE ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ? NON  OUI  Si oui, veuillez compléter le verso.

Y a-t-il un traitement d'urgence pour son allergie ? Spécifiez : \_\_\_\_\_

Peut-il s'administrer lui-même le médicament ? Spécifiez : \_\_\_\_\_

VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'UN PROBLÈME DE SANTÉ ? NON  OUI  Si oui, veuillez compléter le verso.

\_\_\_\_\_  
Signature du détenteur de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Date

L'école, en collaboration avec le C.L.S.C. de votre école, offre les services complémentaires d'une équipe professionnelle composée d'une ou d'un intervenant social, d'un ou d'une infirmière. L'école offre aussi des services de psychologie ou d'orthopédagogie pour venir en aide aux élèves qui éprouvent des difficultés personnelles ou scolaires. Si votre enfant nécessite l'un de ces services, votre autorisation, lorsque requise, vous sera demandée.

Le code civil du Québec stipule que l'enfant âgé de 14 ans et plus peut consentir lui-même à ces services. Le consentement du détenteur de l'autorité parentale est cependant requis pour l'enfant âgé de moins de 14 ans.

J'ai pris connaissance de cette information.

\_\_\_\_\_  
Signature du détenteur de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Date

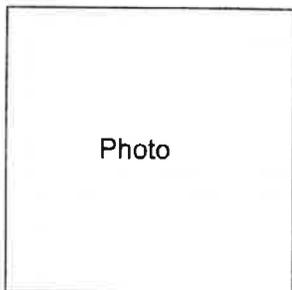
**CETTE FICHE DEVRA ÊTRE DÛMENT COMPLÉTÉE ET REMISE LORS DE LA PÉRIODE D'ACCUEIL AU MOIS D'AOÛT.**

## PLAN D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉ

Nom de l'élève :

Ass.-maladie:

Date d'expiration : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
année                      mois



**L'élève présente une allergie pouvant être fatale aux allergènes suivants :**

**Cochez les cases appropriées et spécifiez**

- Aliment (s) : \_\_\_\_\_
- Insecte (s) : \_\_\_\_\_
- Médicament(s) : \_\_\_\_\_
- Autres : \_\_\_\_\_

Auto-injecteur d'épinéphrine (date d'expiration) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 EpiPen 0,30 mg                      année                      mois

Où trouver l'auto-injecteur: \_\_\_\_\_

**L'élève doit avoir son auto-injecteur en tout temps avec lui pour sa sécurité.**

**Problème de santé : Veuillez cochez les cases appropriées et spécifiez :**

<input type="checkbox"/> asthme	LÉGER ____ MODÉRÉ ____ SÉVÈRE ____ Utilise-t-il des médicaments ? Lesquels et combien de fois par jours Spécifiez : _____
<input type="checkbox"/> diabète	Utilise-t-il des médicaments ? Lesquels et combien de fois par jour Spécifiez : _____
<input type="checkbox"/> trouble cardiaque	Spécifiez : _____
<input type="checkbox"/> autre	Spécifiez : _____

Autres remarques :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

J'autorise un adulte à administrer de l'éphinéphrine à l'élève susnommé (e) dans le cadre d'une réaction allergique grave.

\_\_\_\_\_  
 Signature du détenteur de l'autorité parentale                      date

### RESPONSABILITÉ DES PARENTS AYANT UN ENFANT AVEC ALLERGIES

Le parent étant le premier répondant de la sécurité de son enfant, voici les responsabilités qu'il devra assumer face au milieu scolaire :

- Compléter la fiche santé (recto-verso);
- S'assurer que son enfant a son auto-injecteur avec lui à l'école;
- Remplacer l'auto-injecteur avant la date d'expiration;
- Informer l'école de tout changement relatif à l'état de santé de son enfant.

<b>CLSC</b>	<b>FICHE ANNUELLE DE RENSEIGNEMENTS - SANTÉ</b>	<b>CSCV</b>
		# D'ASSURANCE MALADIE : DATE DE NAISSANCE : # FICHE ;
<b>AUTORITÉ PARENTALE :</b>	Père	Mère
	Tuteur	
	Répondant: Nom: Prénom:	
<b>ADRESSE DE RÉSIDENCE DE L'ÉLÈVE</b>		
		Téléphone à la maison Téléphone au travail
<b>AUTRES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE</b>	<b>NOM ET PRÉNOM</b>	<b>TÉLÉPHONE</b>
		(819) ·

<b>VOTRE ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?</b>		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	aux médicaments	lequel ou lesquels ?	
	aux aliments	lequel ou lesquels ?	
	aux insectes	lequel ou lesquels ?	
	autres allergies	laquelle ou lesquelles ? Ex. : latex	
Y a-t-il un traitement d'urgence pour son allergie ?			

<b>VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'UN PROBLÈME DE SANTÉ ?</b>		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	asthme	spécifiez :	
	épilepsie	spécifiez :	
	anémie	spécifiez :	
	hémophilie	spécifiez :	
	diabète	spécifiez :	
	eczéma	spécifiez :	
	trouble de vision	spécifiez :	
	trouble d'audition	spécifiez :	
	trouble cardiaque	spécifiez :	
	autre	spécifiez :	
Prend-il des médicaments ?			
Le nom du médecin traitant			

Autre information :
---------------------

J'autorise le CLSC et la CSCV à échanger des informations jugées nécessaires au service de mon enfant. En cas d'accident, j'autorise l'école à transporter ou faire transporter mon enfant à l'hôpital.	
Signature : <b>X</b>	Date :

