

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

Je soussignée(e), _____ , donne par la présente mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels de la personne mineure, [_____] dont je suis le/la tuteur/trice légal(e), par la Clinique dentaire Allen, Durepos & Associés, 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 de la Clinique dentaire Allen, Durepos & Associés.

Je comprends que le consentement est valide tant que la personne mineure est patiente de la Clinique dentaire Allen, Durepos & Associés et que je peux retirer le consentement à la collecte et à l'utilisation des renseignements personnels de _____ à tout moment selon la procédure décrite dans la politique de confidentialité de la Clinique dentaire Allen, Durepos & Associés. Cependant, cela pourrait empêcher la Clinique dentaire Allen, Durepos & Associés 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 : _____

Nom imprimé : _____

Nom imprimé de la personne mineure: _____

Date: _____