



## CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS POUR LA PREUVE DE VACCINATION

Ce formulaire doit être rempli par les personnes qui consentent à la collecte, à l'utilisation et à la communication, à une autre personne, de leurs renseignements médicaux personnels détenus par le ministère de la Santé et des Affaires sociales dans le but de demander une preuve de vaccination en leur nom.

Partie 1 : Renseignements sur la personne pour laquelle des documents sont demandés		
Prénom	Nom de famille	Date de naissance AAAA/MM/JJ
Adresse		
Partie 2 : Coordonnées de la personne à qui le consentement est donné		
Prénom	Nom de famille	
Téléphone	Courriel	
Adresse		
Partie 3 : Déclaration et signature de la personne pour laquelle des documents sont demandés		
<p>Je déclare avoir donné volontairement mon consentement à la communication de ma preuve de vaccination à la personne indiquée à la partie 2.</p> <p>Je comprends que la preuve de vaccination comporte les renseignements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• mon nom complet et ma date de naissance;</li><li>• le numéro d'identification unique du document;</li><li>• le nom du vaccin administré (ex. Pfizer ou Moderna);</li><li>• les dates auxquelles j'ai reçu mes doses;</li><li>• le numéro de lot du vaccin, le territoire ou la province où le vaccin a été administré;</li><li>• la date à laquelle la preuve vaccinale a été délivrée.</li></ul> <p>Je comprends que je peux retirer ou limiter mon consentement à tout moment en écrivant à <a href="mailto:pvc@yukon.ca">pvc@yukon.ca</a>, et que sans mon consentement, les renseignements médicaux personnels ne peuvent être recueillis, utilisés ou communiqués qu'en conformité avec la <i>Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux</i>.</p>		
Signature	Nom en lettres détachées	Date AAAA/MM/JJ
Sauf non révoqué par moi, ce consentement à la communication des renseignements indiqués ci-dessus expire le AAAA/MM/JJ		
Partie 4 : Signature du témoin		
Signature	Nom en lettres détachées	Date AAAA/MM/JJ

Les renseignements fournis dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et communiqués en conformité avec la Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux du Yukon et les autres lois applicables. Pour consulter les pratiques de Santé et Affaires sociales en matière de renseignements, visitez le [yukon.ca/fr/protection-renseignements](http://yukon.ca/fr/protection-renseignements) ou écrivez à l'agent de la protection de la vie privée, à [healthprivacy@yukon.ca](mailto:healthprivacy@yukon.ca).