

## CONSENTEMENT À LA PARTICIPATION DES JEUNES

# Lettre d'information aux parents et aux tuteurs pour l'Initiative Jeunes champions en matière de la santé mentale et des dépendances (JCSMD)



Félicitations, votre enfant a été choisi comme **Jeune champion** pour son école!

La présente lettre a pour but de vous fournir des explications concernant l'**initiative Jeunes champions en matière de la santé mentale et des dépendances (JCSMD)** et le rôle de **Jeune champion**. **Veillez lire les détails ci-dessous et décidez si votre enfant et vous acceptez d'en faire partie.**

### CONTEXTE DE L'INITIATIVE

L'**Initiative JCSMD** a vu le jour en tant que partenariat entre l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIO) et les bureaux de santé publique de la province.

L'initiative vise les buts suivants : a) améliorer la santé et le bien-être des jeunes en mettant l'accent sur le bien-être mental; b) réduire la stigmatisation associée à la maladie mentale; et c) décourager la consommation de drogues, d'alcool et d'autres substances.

Le [insérer le nom du bureau de santé] a établi un partenariat avec le [insérer le nom du conseil scolaire de district] pour trouver les écoles qui souhaiteraient mettre en œuvre cette initiative pendant l'année scolaire [insérer l'année scolaire]. [insérer le nom de l'école] a été sélectionnée parmi les écoles participantes pour votre conseil scolaire.

Pour l'école de votre enfant, il y aura un leader du personnel scolaire (p. ex., travailleur auprès des enfants et des jeunes, enseignant) pour l'initiative, ainsi que des leaders du personnel scolaire provenant de [votre bureau de santé], dont vous trouverez les coordonnées à la page 3. Les élèves de chaque école participante recevront une formation fournie par les leaders de la santé publique et seront appuyés afin d'adopter le rôle de **Jeune champion** à leur école.





## EN QUOI LE FAIT D'ÊTRE UN JEUNE CHAMPION SERA-T-IL UTILE À VOTRE ENFANT?

En participant à cette initiative en tant que *Jeune champion*, votre enfant aura l'occasion de...



SE RENSEIGNER SUR :	ACQUÉRIR DES COMPÉTENCES :	ACQUÉRIR DE L'EXPÉRIENCE EN :
<ul style="list-style-type: none"> <li>★ La santé mentale par rapport à la maladie mentale</li> <li>★ La stigmatisation</li> <li>★ La résilience et les habiletés d'adaptation</li> <li>★ Les soutiens dans votre communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ Dans l'art de parler en public</li> <li>★ En communication</li> <li>★ En leadership</li> <li>★ En animation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ Promotion de la santé</li> <li>★ Planification et exécution d'événements ou d'activités</li> <li>★ Réseautage et rencontre de nouvelles personnes</li> </ul>

## QUEL EST LE RÔLE D'UN JEUNE CHAMPION?

Les *Jeunes champions* participeront à un atelier des champions, aideront à planifier les activités scolaires et effectueront différentes activités d'évaluation liées à l'initiative.

### 1. Atelier des champions

Il y aura un atelier d'une journée complète auquel les *Jeunes champions* du **Réseau des champions** seront tenus d'assister à leur école pendant les heures de classe. Cet atelier sera animé par le personnel du bureau de santé publique.

Pendant cet atelier, voici ce que feront les *Jeunes champions* :

- ★ Renseignez-vous sur l'initiative JCSMD et leur rôle de *Jeune champion*.
- ★ Acquérir des connaissances et une compréhension générales au sujet de la santé mentale et des dépendances, du stress et du bien-être grâce à l'utilisation de ressources, de vidéos et d'activités de réflexion.
- ★ Se renseigner sur les ressources communautaires locales disponibles pour favoriser la santé mentale et le bien-être.





## 2. Activités en milieu scolaire

Les **Jeunes champions** travailleront avec les leaders de la santé publique, le leader du personnel scolaire et d'autres **Jeunes champions** afin de planifier et d'exécuter des activités de promotion de la santé mentale et du bien-être au sein de leur communauté scolaire. La logistique et les dates de ces activités seront communiquées par votre école et le [insérer le nom du bureau de santé].



## 3. Activités d'évaluation

L'évaluation est un élément important de l'initiative JCSMD. Elle nous permettra de mesurer l'efficacité du programme, ainsi que d'améliorer le programme et de le développer pour les futurs élèves. **L'évaluation comprend 2 activités distinctes :**

### a) Sondages

Les **Jeunes champions** devront remplir un sondage imprimé de 15 minutes au début et à la fin de l'initiative. Les **Jeunes champions** devront répondre à des questions concernant :

- a. Leurs expériences de travail avec leurs camarades
- b. Leur connaissance de la santé mentale
- c. Leur connaissance des façons de réduire la stigmatisation au sein de leur communauté scolaire
- d. Leur connaissance de façons d'empêcher les jeunes de consommer des drogues et de l'alcool
- e. Leur connaissance des appuis et des outils disponibles

### b) Profil d'activités

Les **Jeunes champions** devront travailler avec d'autres élèves pour établir le profil d'une de leurs activités en utilisant la méthode qu'ils préfèrent (p. ex., histoire, vidéo, PhotoVoice).

La participation à cette initiative est volontaire. Les élèves ont le droit de participer à toutes les composantes de l'initiative, ou à seulement certains d'entre eux, et ils peuvent choisir de ne pas participer pour quelque raison que ce soit. Si votre enfant décide de ne pas participer, cela n'aura aucun effet sur l'éducation, le soutien ou les services fournis par son bureau local de santé publique ou son école. Une fois toutes les données d'évaluation recueillies, les élèves ne seront pas identifiés individuellement dans les rapports et les publications, et les renseignements recueillis resteront anonymes et confidentiels.

**Si vous avez des questions concernant l'initiative JCSMD, veuillez prendre contact avec vos leaders de la santé publique.**





**Merci de votre participation!**

## **FORMULAIRE D'INFORMATION DU BUREAU DE SANTÉ PUBLIQUE**



<b>RÔLE</b>	<b>NOM</b>	<b>COORDONNÉES</b>
Leaders de la santé publique	[insérer les noms]	[insérer les coordonnées]
Leaders du personnel scolaire	[insérer les noms]	[insérer les coordonnées]

## **INITIATIVE JEUNES CHAMPIONS EN MATIÈRE DE LA SANTÉ MENTALE ET DES DÉPENDANCES**

### **Formulaire de consentement des parents et des tuteurs**

Comme le décrit la lettre d'information, l'initiative JCSMD compte plusieurs activités distinctes, mais associées. La participation aux différents aspects du programme est volontaire, mais nous encourageons fortement votre enfant à participer à toutes les activités de l'initiative. Veuillez indiquer sur ce formulaire les activités de l'initiative JCSMD auxquelles vous autorisez votre enfant à participer.

**Veuillez signer le formulaire et le remettre à un leader du personnel scolaire ou à un leader de la santé publique.** Votre intérêt et votre considération sont très appréciés.

*\*Veuillez remplir le formulaire en stylo noir ou bleu.*

NOM DU JEUNE : \_\_\_\_\_  
*(veuillez écrire clairement en caractère d'imprimerie)*





Âge : \_\_\_\_\_

Sexe :  Garçon  Fille  Autre

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_



**Remarque : le dîner et des rafraîchissements seront offerts lors de l'atelier des champions. Veuillez indiquer :**

Problèmes de santé spécifiques : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergies (p. ex., aliments, médicaments)?  Oui  Non \_\_\_\_\_

Dans l'affirmative, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Besoins alimentaires (p. ex., sans gluten, sans lactose, végétarien) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, accepte de participer aux activités suivantes de l'initiative JCSMD :

OUI

NON

Atelier des champions  
(DATE À DÉTERMINER)

Initiales du JC \_\_\_\_\_  
Initiales du P/T \_\_\_\_\_

Initiales du JC \_\_\_\_\_  
Initiales du P/T \_\_\_\_\_

Réunions hebdomadaires  
du Réseau des champions

Initiales du JC \_\_\_\_\_  
Initiales du P/T \_\_\_\_\_

Initiales du JC \_\_\_\_\_  
Initiales du P/T \_\_\_\_\_





Minimum d'une initiative  
ou d'un événement JCSMD

Initiales du JC \_\_\_\_\_ Initiales du JC \_\_\_\_\_  
Initiales du P/T \_\_\_\_\_ Initiales du P/T \_\_\_\_\_

Sondages d'évaluation

Initiales du JC \_\_\_\_\_ Initiales du JC \_\_\_\_\_  
Initiales du P/T \_\_\_\_\_ Initiales du P/T \_\_\_\_\_

Profil d'activité

Initiales du JC \_\_\_\_\_ Initiales du JC \_\_\_\_\_  
Initiales du P/T \_\_\_\_\_ Initiales du P/T \_\_\_\_\_

\*JC = Jeune champion

\*P/T = parents ou tuteurs

## RÈGLEMENT

L'initiative *Jeunes champions en matière de la santé mentale et des dépendances (JCSMD)* vise à fournir une occasion enrichissante de développement du leadership pour les jeunes. Pour cela, tous les participants doivent accepter de respecter le règlement de l'atelier. Tout manquement à respecter le règlement pourrait entraîner l'expulsion de la personne de l'événement.

- ★ Les participants doivent être présents à la totalité de l'atelier pour animer, discuter et encourager la croissance pendant toute l'expérience.
- ★ Les participants doivent se comporter d'une manière propice à un environnement d'apprentissage amical, sécuritaire et amusant. Le comportement qui est dérangerant pour les autres participants ou qui est physiquement, mentalement ou émotionnellement nocif pour les employés du [insérer le nom du bureau de santé] et les autres participants ne sera pas toléré.
- ★ Les participants ne peuvent pas quitter les locaux de l'atelier sans permission.





## ENTENTE :

- ★ L'atelier des champions de l'initiative JCSMD est conçu pour renseigner et inspirer les jeunes afin qu'ils encouragent des changements positifs dans leur école et leur communauté grâce à leur participation et à leur leadership.
- ★ Mon enfant ou pupille assistera à un atelier animé par deux employés du [insérer le nom du bureau de santé] et supervisé par un leader du personnel scolaire. Je comprends qu'en tant que parent, je suis responsable des actions de mon enfant ou pupille, y compris tout manquement de celui-ci à respecter toutes les règles, et que la **position de mon enfant ou pupille en tant que Jeune champion pour l'initiative JCSMD peut prendre fin cas d'inconduite.**



## ÉVALUATION

Mon enfant ou pupille peut participer à des projets d'évaluation animés par le **[insérer le nom du bureau de santé]** et d'autres personnes qui y travaillent, en son nom. J'accorde des droits et une permission illimités à utiliser, distribuer, publier et reproduire les données issues de ces projets.

## CONSENTEMENT AUX CONTACTS AVEC LES MÉDIAS

- ★ Pour bonne et valable considération, dont la réception et le caractère suffisants sont reconnus par les présentes, j'accorde par les présentes au **Bureau de santé Porcupine et à d'autres** qui travaillent pour lui ou en son nom, ainsi qu'à leurs concédants de licence, successeurs et ayants droit respectifs (collectivement, le « client »), le droit et à permission illimités à utiliser, distribuer, publier, exposer, numériser, diffuser, afficher, reproduire et exploiter de toute autre façon mon nom, ma photo, mon image, ma voix et mes renseignements biographiques, ainsi que tout matériel étant basé sur ceux-ci ou en étant dérivé, ou de s'abstenir de le faire, de n'importe quelle façon et dans n'importe quel média, connu actuellement ou inventé par la suite, n'importe où dans le monde, à des fins de publicité ou de commerce en matière de promotion et de publicité pour le client, ses produits et ses services.
- ★ Je n'aurai aucun droit d'approbation, aucun droit de rémunération, et aucune revendication (y compris, notamment, les revendications fondées sur une atteinte à la vie privée, la diffamation ou un droit à la publicité) découlant d'une utilisation, une altération, un brouillage, une distorsion, une reproduction fautive, un effet d'illusion ou une utilisation dans une forme composée de mon nom, ma photo, mon image, ma voix et mes renseignements biographiques.
- ★ Mon enfant ou pupille ne doit pas publier de photos d'autres personnes qui ont été prises pendant l'atelier des Jeunes champions sans avoir obtenu le consentement du sujet.





Je dispose du droit et de l'autorité nécessaires pour conférer les droits accordés en vertu des présentes, et je conviens que le présent formulaire de consentement et de décharge n'a aucun conflit avec un engagement existant de ma part.



Je n'ai pas autorisé (laquelle autorité est encore en vigueur) et je n'autoriserai ni ne permettrai l'utilisation de mon nom, ma photo, mon image, ma voix et mes renseignements biographiques relativement à la publicité ou la promotion d'un produit ou service qui fait concurrence à ceux du client ou qui leur nuisent.

J'ai eu l'occasion d'obtenir des conseils juridiques indépendants concernant les modalités du présent formulaire, et je le signe volontairement et sans contrainte.

**Nom du (de la) participant(e) (en caractères d'imprimerie) :** \_\_\_\_\_

**Signature du (de la) participant(e) :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_ **2017**

**Signature du parent ou du tuteur :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_ **2017**

