

Formulaire de consentement Children 1st (Children 1st Consent Form)

L'objectif général du programme Children 1st est d'améliorer la santé et le développement des enfants de Géorgie, de la naissance à leur 5^{ème} anniversaire. Notre mission consiste à repérer les enfants susceptibles d'être exposés à des problèmes de santé et de développement, en facilitant les interventions précoces afin de promouvoir une santé et une croissance optimales.

Les services de Children 1st seront assurés par le personnel du district local, qui procédera à une évaluation individualisée des points forts et des besoins en ressources, ainsi qu'à un dépistage du développement (par exemple, l'échelle Ages & Stages Questionnaire (questionnaire sur les âges et les étapes de croissance) et la liste de contrôle modifiée pour l'autisme chez les tout-petits). Les services peuvent être fournis à domicile, en clinique ou par télésanté (telehealth).

En cochant la case « J'accepte » ci-dessous, je comprends que:

1. Le Département de la santé publique de Géorgie (Georgia Department of Public Health, DPH) peut m'envoyer des messages SMS ou des messages électroniques.
2. Le DPH peut m'offrir des services via une plateforme de télésanté sécurisée.
3. La réception de SMS et de messages électroniques du DPH peut présenter des risques, notamment le risque qu'une autre personne lise le message.
4. Mon opérateur de téléphonie mobile peut me facturer des frais pour les messages ou d'autres tarifs de transmission de données, en fonction de mon plan de téléphonie mobile, et je suis responsable de ces frais.
5. Si je ne souhaite plus recevoir de messages SMS ou de messages électroniques de la part du DPH, ou bénéficier de services de télésanté, je peux retirer mon consentement à tout moment en contactant mon coordinateur Children 1st.
6. Si je change de numéro de téléphone portable ou d'adresse électronique ou si je ne suis plus en possession de ces éléments, je comprends qu'il est de ma seule responsabilité d'informer le DPH de ce changement en écrivant au coordinateur de Children 1st au moins dix (10) jours avant ce changement, dans la mesure du possible. Si je n'informe pas le DPH de ce changement, j'assume le risque que mes informations soient utilisées ou divulguées à d'autres personnes sans être protégées par la loi applicable.
7. Je choisis volontairement « J'accepte » ci-dessous et si je choisis « Je refuse », cela n'affectera PAS mon éligibilité ou ma participation au programme Children 1st.
8. Ce consentement expirera dans cinq (5) ans à compter de la date de sa signature, à moins que je ne retire mon consentement par écrit auprès du coordinateur de Children 1st avant cette date.

Veuillez sélectionner l'une des options ci-dessous (*Please select one of the below options*):

Mis à jour en mai 2025

- J'accepte de recevoir des communications du programme par messages SMS. (*I agree to receive communication from the program via text message.*)
- Je refuse de recevoir des communications du programme par messages SMS. (*I do not agree to receive communication from the program via text message.*)

Veillez sélectionner l'une des options ci-dessous (*Please select one of the below options*):

- J'accepte de recevoir des communications du programme par courrier électronique. (*I agree to receive communication from the program via e-mail.*)
- Je refuse de recevoir des communications du programme par courrier électronique. (*I do not agree to receive communication from the program via e-mail.*)

Veillez sélectionner l'une des options ci-dessous (*Please select one of the below options*):

- J'accepte de recevoir des services par le biais de la plateforme de télésanté. (*I agree to receive services via telehealth.*)
- Je refuse de recevoir des services par le biais de la plateforme de télésanté. (*I do not agree to receive services via telehealth.*)

Votre signature ci-dessous indique que vous êtes d'accord avec ce qui précède et avec la réalisation d'un bilan par le programme Children 1st.

Nom de l'enfant (nom de famille) <i>Child's Last Name</i>	(prénom) <i>Child's First Name</i>	Date de naissance (<i>Child's DOB</i>):
Nom du parent/tuteur de l'enfant, en majuscules (<i>Parent/Guardian's Printed Name</i>):		
Signature du parent/tuteur (<i>Parent/Guardian's Signature</i>):		Date de la signature (<i>Date signed</i>):
Signature du représentant du programme Children 1st (<i>Children 1st Program Representative Signature</i>):		Date de la signature (<i>Date signed</i>):