



## Lettre à l'intention des parents ou tuteurs

Chers parents ou tuteurs,

P.A.R.T.Y. est l'acronyme de « Prevent Alcohol and Risk-Related Trauma in Youth » (prévention des traumatismes liés à la consommation d'alcool et aux comportements à risque chez les jeunes). Il s'agit d'un programme de prévention des blessures destiné aux élèves du secondaire âgés de 15 à 18 ans qui vise à les sensibiliser aux conséquences que peuvent avoir des mauvais choix. Le programme a pour but de donner aux élèves un aperçu des conséquences traumatiques et souvent évitables de comportements à risque qui peuvent causer des blessures.

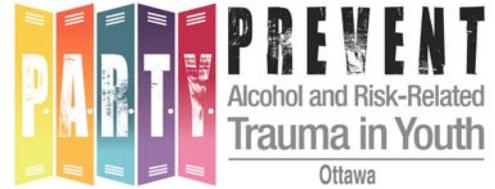
Ce programme d'une journée est offert au Campus Civic ou au Campus Général de L'Hôpital d'Ottawa. Pendant la journée du programme P.A.R.T.Y., les élèves écoutent une variété de conférenciers, notamment des infirmières, des travailleuses sociales, des membres du personnel de réadaptation et de neuropsychologie, des médecins, des policiers et des survivants d'accidents. Ensemble, nous montrons aux élèves les conséquences que peuvent avoir des mauvais choix.

Nous vous recommandons de visiter le site Web du programme P.A.R.T.Y. <http://www.ottawahospital.on.ca/> pour vous familiariser avec notre programme et amorcer une discussion avec votre adolescent sur la prévention des blessures. Nous offrons également plusieurs liens pour vous tenir au courant des différents enjeux qui touchent nos adolescents d'aujourd'hui.

Merci.

Coordonnatrice du programme P.A.R.T.Y.  
L'Hôpital d'Ottawa – Campus Civic  
Service de traumatologie, Clinique Parkdale, 1<sup>er</sup> étage, pièce 164  
1053, av. Carling, Ottawa ON K1Y 4E9  
Téléphone : 613-798-5555, poste 19602  
Courriel : [P.A.R.T.Y@lho.on.ca](mailto:P.A.R.T.Y@lho.on.ca)  
Service de traumatologie

p. j. Formulaire de consentement des parents ou tuteurs



## Formulaire de consentement des parents ou tuteurs

Par la présente, j'autorise mon adolescent à participer à la journée du programme P.A.R.T.Y.

PAR LA PRÉSENTE, JE CONSENS à l'utilisation, à la publication, à la reproduction, à la télédiffusion, à la vente, à la distribution et à l'affichage d'images ou de vidéos, en tout ou en partie, prises lors de la journée du programme P.A.R.T.Y. de mon école, et de toute photographie dans laquelle mon adolescent apparaît ou dans laquelle j'apparais.

JE CONSENS ÉGALEMENT à l'utilisation de la voix de mon adolescent ou de ma voix, ou de tout autre son qui pourrait être nécessaire pour des images ou des vidéos, en tout ou en partie, et des photographies dans lesquelles mon adolescent apparaît ou dans laquelle j'apparais pour créer des effets et obtenir des résultats spéciaux.

ET JE CONVIENS que tout le matériel original et toutes les copies sont la propriété de L'Hôpital d'Ottawa, qui pourra les utiliser à sa discrétion, notamment dans son site Web ou d'autres sites Web, dans la presse, à la radio, à la télévision, en diffusion Web ou dans les médias sociaux ou encore pour des études à des fins éducatives pendant la participation au programme P.A.R.T.Y. à L'Hôpital d'Ottawa. Je comprends que L'Hôpital d'Ottawa ne peut pas être tenu responsable de la copie et des photographies finales utilisées par les médias.

De plus, au nom de mon adolescent ou à titre d'élève, je conviens de ne pas divulguer ni discuter à l'extérieur du programme P.A.R.T.Y. de renseignements personnels obtenus pendant notre participation au programme.

Date de la sortie :	
Nom de l'élève :	

### Signatures

Parent ou tuteur, si l'élève a moins de 18 ans :	
Élève :	
Date :	