

## Étude longitudinale du développement des enfants du Québec ÉLDEQ (E8) Je suis Je serai – Volet 2005

### Formulaire de consentement de l'enseignant/e

Je comprends que ce formulaire fait partie de l'Étude « Je suis Je serai ». On m'a expliqué que le but de cette étude est de recueillir des renseignements qui aideront à mieux connaître les facteurs qui peuvent influencer le développement et la réussite scolaire des enfants du Québec.

Je comprends que le BIP (Bureau d'intervieweurs professionnels) et la Direction Santé Québec de l'ISQ (Institut de la statistique du Québec) ont obtenu le consentement des parents pour que l'enfant participe à l'étude.

Je comprends qu'une personne employée par la firme de sondage BIP et identifiée par la Direction Santé Québec de l'ISQ me remettra ou me postera un questionnaire. J'ai été informé/e que j'aurai à compléter ce questionnaire pour un enfant de ma classe dans la majorité des cas et que, exceptionnellement, il se pourrait que je sois sollicité/e pour remplir un ou deux autres questionnaires. Je devrai le ou les compléter et le ou les retourner au BIP par la poste.

Au cours des mois de mars, avril, mai ou juin 2005, je comprends que, si la visite de l'enfant se fait à l'école, je devrai permettre à ce dernier de sortir de la classe pour une période d'environ une heure. L'intervieweuse du BIP/ISQ lui proposera deux activités (une de lecture et une de connaissance des nombres) et complètera avec lui un questionnaire. Elle mesurera également son poids et sa taille.

Je reconnais que ma participation à cette étude est VOLONTAIRE, que je suis LIBRE d'y participer et que les renseignements que je donnerai seront traités de manière CONFIDENTIELLE ET ANONYME. Tous les renseignements NOMINATIFS que je divulguerai ou dont j'autoriserai l'utilisation seront traités et protégés selon les normes de la LOI SUR L'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC et de la LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.

Je, soussigné/e, consens à participer de plein gré à cette enquête longitudinale. Je certifie qu'on m'a laissé le temps nécessaire pour prendre une décision.

Je, soussigné/e reconnais être libre de me retirer en tout temps sans que cela ne me nuise ou ne m'occasionne des préjudices.

Nom de l'enseignant/e (en lettres moulées)

Signature de l'enseignant/e (à l'encre)

Date

Nom de l'école No de l'école

No tél. de l'école :

No de famille\*

Prénom et nom de l'enfant

Date de naissance

Groupe Classe

Merci de retourner ce formulaire immédiatement dans l'enveloppe pré-affranchie ci-jointe à :

BIP/Santé Québec  
A/S Mme Véronique Dorison  
630, rue Sherbrooke ouest, bureau 210  
Montréal, Qc  
H3A 1E4