

Insérer le logo du bureau de santé

Date

Nom de l'adulte allié

Nom de l'école/du conseil scolaire

Adresse

Objet: Programme des Jeunes champions du bien-être de l'AIIAO

Madame/Monsieur,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à la mise en œuvre du programme des *Jeunes champions du bien-être (JCBE)*.

Vous trouverez ci-joint une copie de l'accord de partenariat définissant les responsabilités *de l'école/du conseil scolaire* et du bureau de santé
[insérer le nom].

Veillez signer un exemplaire de l'accord de partenariat et le retourner avant *[insérer la date]* à *[nom du membre du personnel]*, par courriel à l'adresse *[insérer l'adresse courriel]* avant le *[insérer la date]*. Nous vous retournerons une copie contresignée pour vos dossiers.

Sincèrement,

Insérer le nom

Titre

Adresse

Courriel

c.c.: responsable du programme de santé scolaire, bureau de santé X

directeur/directrice, infirmier/
infirmière en chef, bureau de santé X

Accord de partenariat

Cet accord décrit les rôles et les responsabilités *du conseil scolaire/de l'école X* et du bureau de santé *[insérer le nom]* pour la coordination et la mise en œuvre du programme des Jeunes champions du bien-être (JCBE) (le projet « *insérer le nom* »).

Rôles et responsabilités du bureau de santé:

- Fournir une orientation ou une mise à jour au ou aux responsables adultes alliés.
- Donner accès aux ressources de formation des JCBE, à la Boîte à outils des JCBE et aux outils d'évaluation au responsable de la santé mentale et au ou aux responsables des adultes alliés afin de soutenir et de former les jeunes champions dans les écoles.
- Organiser des réunions virtuelles et/ou en personne pour créer un réseau, partager des informations et faire le point sur la mise en œuvre de l'initiative JCSMD au sein de l'école.
- Fournir des connaissances et des ressources liées à la santé mentale et à la consommation de substances, selon les besoins.

Rôles et responsabilités de l'école ou du conseil scolaire:

- Désigner une personne-ressource qui communiquera régulièrement avec le bureau de santé et qui sera responsable de la mise en œuvre du programme des JCBE et de l'établissement des rapports de fin d'année.
- Toutes les activités et tous les documents imprimés achetés doivent mentionner que le programme a été soutenu par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) en partenariat avec le bureau de santé *[insérer le nom]*.
- Assister à des réunions virtuelles et/ou en personne avec le bureau de santé *[insérer le nom]*, afin d'établir un réseau, de partager des informations et de fournir des mises à jour sur la mise en œuvre de l'initiative JCSMD à l'école/au conseil scolaire X.
- Chaque école ou conseil scolaire remettra au bureau de santé au plus tard le *30 juin [ANNÉE]* un rapport des activités décrites dans le modèle de plan d'action qui rend compte de ce qui suit:
 - ▷ une meilleure connaissance des ressources en matière de santé mentale, de stigmatisation et de consommation de substances au sein de la communauté locale;
 - ▷ des stratégies d'adaptation améliorées, obtenues par la participation à des activités susceptibles de favoriser la promotion de la santé mentale et la prévention de l'abus de substances;
 - ▷ la réduction de la stigmatisation liée à la maladie mentale à l'égard des pairs.

Insérer le logo du bureau de santé

Durée de l'accord:

Cet accord est valable et engage les organisations signataires à compter de la date de signature par le bureau de santé. L'accord durera encore pendant une période d'environ *[insérer la période en mois]*, se terminant le *[insérer la date]*.

Nom et titre de la personne autorisée à signer :

Organisation:

Signature: _____

Date:

Contre-signature du bureau de santé

[insérer le nom].

Nom et titre de la personne autorisée à signer :

Signature: _____

Date: