



Code d'organisme

Code fichier

OBJET

- a) Première déclaration du fichier
 b) Modification du fichier déjà déclaré
 c) Destruction du fichier déjà déclaré
Date d'entrée en vigueur de la modification ou de la destruction (Année Mois)

IDENTIFICATION DE L'ORGANISME

1. NOM DE L'ORGANISME : Les Offices jeunesse internationaux du Québec

2. RESPONSABLE DE LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

a. Nom : Poliquin Prénom : Marilyne

b. Titre : Directrice des communications et de l'information

c. Adresse au travail :
934, rue Ste-Catherine Est
Montréal (Québec)

d. Code postal :
H2L 2E9

Téléphone : 514 228-4753
(Code rég).

IDENTIFICATION DU FICHIER

3. DÉSIGNATION : Fichier des candidats et participants aux programmes de LOJIQ

4. DATE DE CRÉATION
(2012 Mois)

5. FINALITÉ(S) DU FICHIER :

a. en vue de l'application de la loi :

b. en vue de l'application du règlement :

c. en vue de l'application du programme :

d. pour la gestion interne de l'organisme : Les Offices jeunesse internationaux du Québec

e. à des fins statistiques (cocher) :

z. autre(s) fins(s) (spécifier) :

6. USAGE(S)

Réception et analyse des dossiers de participants
Transmission des résultats d'analyse
Émission des soutiens financiers
Suivi budgétaire
Statistiques

7. DESCRIPTION :

Système informatique de gestion de la relation client (CRM) permettant le suivi et le traitement des demandes de soutien adressées à LOJIQ

GESTION DU FICHIER

8. SUPPORTS PHYSIQUES UTILISÉS :

- a. Manuel (papier, carton, etc.)
 b. Mécanique (microfiche, microfilm, etc.)
 c. Informatique (disque, bande, etc.)

9. LOCALISATION : Le fichier est conservé dans un local unique

- Oui
 Non

10. DURÉE GÉNÉRALE DE CONSERVATION DES RENSEIGNEMENTS :

Variable en fonction du type de renseignement

11. UNE PERSONNE OU UN ORGANISME EXTÉRIEUR A ACCÈS AU FICHIER À DES FINS DE TRAITEMENT :

- Oui (remplir annexe 11.1)
 Non

COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS

12. PROVENANCE(S) ET MODALITÉ(S) DE COLLECTE DES RENSEIGNEMENTS :

écrit oral les deux

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| a. La personne concernée..... | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Un membre du personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. Une autre personne physique | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Un autre organisme public - remplir annexe 12.1..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Une personne ou un organisme privé - remplir annexe 12.2..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TRANSFERT DE RENSEIGNEMENTS À L'EXTÉRIEUR DE L'ORGANISME

13. LES RENSEIGNEMENTS VERSÉS AU FICHIER SONT TRANSFÉRÉS À UNE AUTRE PERSONNE OU À UN AUTRE ORGANISME :

- Oui (remplir annexe 13.1)
 Non

IDENTIFICATION DES RENSEIGNEMENTS VERSÉS AU FICHIER

14. PERSONNES PRINCIPALEMENT CONCERNÉES PAR LES RENSEIGNEMENTS

- a. Les client(e)s de l'organisme
 b. Le personnel de l'organisme
 c. une autre catégorie de personnes

15. NOMBRE APPROXIMATIF DE PERSONNES RÉPERTORIÉES :

34 642

16. TYPE DE RENSEIGNEMENTS :

- A) Inscrire, à partir du tableau ci-dessous (en B), la lettre correspondant au type principal de renseignements versés au fichier :
B) Indiquer si ce fichier contient aussi les types de renseignements mentionnés dans le même tableau ci-dessous (coder les espaces appropriés).

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. santé/services sociaux | <input type="checkbox"/> e. justice | <input type="checkbox"/> i. loisirs |
| <input checked="" type="checkbox"/> b. éducation | <input type="checkbox"/> f. services aux individus | <input type="checkbox"/> j. organisations |
| <input checked="" type="checkbox"/> c. emploi | <input type="checkbox"/> g. permis | <input type="checkbox"/> k. démographie |
| <input type="checkbox"/> d. vie économique | <input type="checkbox"/> h. logement | <input type="checkbox"/> z. autres (spécifier) : |

17. LISTE DES RENSEIGNEMENTS D'IDENTITÉ :

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> a. nom de famille actuel et prénom | <input checked="" type="checkbox"/> r. date de naissance |
| <input type="checkbox"/> b. nom de famille à la naissance | <input type="checkbox"/> s. langue |
| <input type="checkbox"/> c. nom et prénom (conjoint) | <input checked="" type="checkbox"/> t. sexe |
| <input type="checkbox"/> d. nom et prénom (mère) | <input type="checkbox"/> u. état civil |
| <input type="checkbox"/> e. nom et prénom (père) | <input checked="" type="checkbox"/> v. citoyenneté/statut au Canada |
| <input type="checkbox"/> f. numéro matricule | <input type="checkbox"/> w. origine ethnique |
| <input type="checkbox"/> g. numéro d'assurance sociale | <input type="checkbox"/> x. revenu annuel |
| <input type="checkbox"/> h. numéro d'assurance-maladie | <input checked="" type="checkbox"/> y. scolarité/formation/diplôme |
| <input type="checkbox"/> i. numéro code permanent | <input type="checkbox"/> z. enfant(s)/personne(s) à charge |
| <input checked="" type="checkbox"/> j. adresse permanente | <input type="checkbox"/> aa. référence |
| <input checked="" type="checkbox"/> k. téléphone (résidence) | <input type="checkbox"/> bb. association professionnelle/syndicale |
| <input type="checkbox"/> l. nom de l'employeur | <input type="checkbox"/> cc. appartenance religieuse |
| <input type="checkbox"/> m. adresse (travail) | <input type="checkbox"/> dd. photographie |
| <input checked="" type="checkbox"/> n. téléphone (travail) | <input type="checkbox"/> ee. empreintes |
| <input checked="" type="checkbox"/> o. profession/titre/métier/classification | <input type="checkbox"/> ff. caractéristiques physiques (yeux, taille, etc.) |
| <input type="checkbox"/> p. emploi actuel/emplois antérieurs | <input type="checkbox"/> zz. autres (spécifier) : |
| <input type="checkbox"/> q. lieu de naissance | |

ACCÈS ET RECTIFICATION PAR LA PERSONNE CONCERNÉE

18. ENDROIT(S) OÙ LA PERSONNE CONCERNÉE PEUT S'ADRESSER :

- a. siège social
 b. succursale(s) (annexer les adresses et les numéros de téléphone)

934, rue Ste-Catherine Est
Montréal (Québec) H2L 2E9

265, rue de la Couronne, bureau 200
Québec (Québec) G1K 6E1

19. LES MESURES DE CONTRÔLE DE L'IDENTITÉ DU REQUÉRANT (spécifier) : nom d'utilisateur et mot de passe

ACCÈS PAR LE PERSONNEL DE L'ORGANISME

20. LE PERSONNEL AYANT ACCÈS AU FICHER

Indiquer, dans l'espace ci-dessous, les catégories de personnel qui ont accès au fichier dans l'exercice de leurs fonctions :

- Par unité administrative si toute l'unité administrative a accès au fichier.
- ou par corps d'emploi ou fonction(s) si une partie seulement de l'unité y a accès.

(Pour répondre à cette question, consultez le guide explicatif disponible en téléphonant à la Commission au (418) 528-7741 ou 1 888 528-7741)

Tout le personnel excepté la direction générale et son bureau.

MESURES DE SÉCURITÉ

21. IL EXISTE DES RÈGLES, DES POLITIQUES OU DES PROCÉDURES ÉCRITES RELATIVES AUX MESURES DE SÉCURITÉ :

- Oui
 Non

22. MESURES DE SÉCURITÉ UTILISÉES :

A. Pour un fichier manuel ou mécanique :

1. contrôle des entrées/sorties de personnes 4. contrôle physique des locaux
 2. contrôle physique des installations 5. contrôle des procédures
 3. contrôle à l'utilisation du fichier 9. autres (spécifier) :

B. Pour un fichier informatique (consulter le guide pour plus de précisions) :

1. contrôle préventif de l'accès au fichier 5. règles et pratiques de vérification du fichier
 2. journaux de vérification des données 6. procédures d'élimination de données
 3. vérification de l'intégrité du personnel 7. mesures en matière de matériels et de programmes
 4. règles et pratiques de vérification de programme 9. autres (spécifier) :

SIGNATURE DE LA DÉCLARATION

23. PERSONNE À CONTACTER PAR LA COMMISSION POUR DES INFORMATIONS ADDITIONNELLES :

- a. la personne indiquée à la question 2
 b. la signataire de la déclaration
 c. une autre personne (Fournir les renseignements suivants :)

Nom :

Prénom :

Titre :

Adresse :

Téléphone :
(Code rég.)

24. PERSONNE AUTORISÉE À PRODUIRE LA DÉCLARATION :

Nom : Poliquin

Prénom : Marilyne

Titre : Directrice des communications et de l'information



2015-10-19

Signature

Date

ANNEXE 11.1 LISTE DES PERSONNES OU ORGANISMES AYANT ACCÈS AU FICHER À DES FINS DE TRAITEMENT

1. Nom :
2. Adresse :
3. Mandat :

1. Nom :
2. Adresse :
3. Mandat :

ANNEXE 12.1 COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS PROVENANT D'UN ORGANISME PUBLIC

1. Nom de l'organisme :	
2. Adresse :	3. No-décret Année n°
4. Renseignements recueillis :	

1. Nom de l'organisme :	
2. Adresse :	3. N° décret Année n°
4. Renseignements recueillis :	

1. Nom de l'organisme :	
2. Adresse :	3. N° décret Année n°
4. Renseignements recueillis :	

ANNEXE 12.2 COLLECTE DES RENSEIGNEMENTS PROVENANT D'UNE PERSONNE OU D'UN ORGANISME PRIVÉ

1. Nom :	
2. Adresse :	
3. Renseignements recueillis :	
	4. Fréquence :

1. Nom :	
2. Adresse :	
3. Renseignements recueillis :	
	4. Fréquence :

ANNEXE 13.1 TRANSFERT DE RENSEIGNEMENTS À L'EXTÉRIEUR DE L'ORGANISME

1. Nom :	
2. Adresse :	3. N° décret Année n°
4. Renseignements transférés :	

1. Nom :	
2. Adresse :	3. N° décret Année n°
4. Renseignements transférés :	

1. Nom :	
2. Adresse :	3. N° décret Année n°
4. Renseignements transférés :	