

AUTORISATION DE TRANSMISSION DES RENSEIGNEMENTS

Informations générales

Nom et prénom de l'élève : _____ Date de naissance : _____
 École fréquentée : _____ Âge au 30 septembre : _____ Sexe : M F
 Adresse : _____
 Nom du père : _____ Tél. résidence : _____ Autre : _____
 Nom de la mère : _____ Tél. résidence : _____ Autre : _____

Consentement de transmission de renseignements

Je, soussigné(e), _____
(Nom du parent, du tuteur ou du jeune de 14 ans et plus)

autorise le secteur _____ à transmettre à :
(Organisme ou spécialiste)

Nom de la personne : _____

Organisme/service : _____

Adresse : _____

Les documents suivants ou les informations concernant l'élève mentionné(e) ci-haut :

Ces documents ou les informations seront utilisés aux fins suivantes :

Autorisation de transmission de renseignements

Je reconnais avoir été avisé que je peux retirer ce consentement si je le désire et ce, dans les 10 jours continus à partir de la date de signature du présent document en invoquant cette mesure prévue par la Loi.

* Cette autorisation demeure valide pendant les 90 jours consécutifs suivant la date de sa signature, après quoi elle deviendra caduque et non applicable.

Signature : _____

(Nom du parent, du tuteur ou du jeune de 14 ans et plus)

<small>Année</small>	<small>Mois</small>	<small>Jour</small>
<small>Date</small>		