



# CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

## IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

ÉLÈVE	NOM PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	CODE PERMANENT (SI CONNU)
	NOM DE L'ÉCOLE ACTUELLE	NIVEAU / DEGRÉ SCOLAIRE EN 21-22	
RÉPONDANT(S)	NOM PRÉNOM	NOM PRÉNOM	
	Statut : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/> Autre		Statut : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/> Autre

ÉCOLE AUTORISÉE À  COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS  
 RECEVOIR DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom, prénom <b>Maude Levasseur</b>	Organisation <b>École Notre-Dame-d'Etchemin</b>
Fonction <b>Secrétaire</b>	Adresse <b>2233, rue Dollard</b>
Téléphone <b>418-839-8839</b>	Adresse courriel <b>ndetchemin@cssdn.gouv.qc.ca</b>

ÉCOLE AUTORISÉE À  COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (ÉCOLE ACTUELLE)  
 RECEVOIR DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom, prénom (personne ressource)	Organisation (école que fréquente présentement votre enfant)
Fonction	Adresse
Téléphone	Adresse courriel

## COMMUNICATION – Document(s) ou renseignement(s) visé(s) / période(s) ou année(s) visé(s)

Dossier scolaire complet
DAP

## AUTORISATION

La durée de la validité de cette autorisation est de \_\_\_\_\_ 1 an \_\_\_\_\_, et elle est révocable en tout temps au moyen d'un avis écrit. J'atteste que les implications de la levée du secret professionnel, ainsi que les conséquences de la divulgation ou des réserves ont été expliquées, et comprises.

J'AUTORISE la communication des renseignements personnels me concernant ou concernant l'élève dont je suis répondant, suivant les conditions et dispositions précisées sur le présent formulaire de consentement.

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Signature – répondant(s) \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Intervenant de l'école (Nom, prénom / corps d'emploi)	Date (AAAA-MM-JJ)
---	-------------------