



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 23-24	
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 Maude Levasseur	Organisation École Notre-Dame-d'Etchemin
Fonction Secrétaire	Adresse 2233, rue Dollard
Téléphone 418-839-8839	Adresse courriel ndetchemin@cssdn.gouv.qc.ca

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)
---	-------------------