

CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (Dossier scolaire / d'aide particulière de l'élève)

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

ÉLÈVE	NOM PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	CODE PERMANENT (SI CONNU)
	NOM DE L'ÉCOLE	NIVEAU / DEGRÉ SCOLAIRE	
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 _____		

PERSONNE AUTORISÉE À

- COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
 RECEVOIR DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Centre de services scolaire des Navigateurs		
Organisation / établissement École Plein-Soleil	Adresse postale 9 rue Genest Lévis Québec G6J 1P5	
Téléphone 418-834-2483	Télécopieur 418-834-4353	Courriel plein-soleil@cnavigateurs.qc.ca

PERSONNE AUTORISÉE À

- COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
 RECEVOIR DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Organisation / établissement	Adresse postale	
Téléphone	Télécopieur	Adresse courriel

COMMUNICATION

Dossier(s) visé(s) :

- Dossier scolaire (documents relatifs au suivi du cheminement scolaire de l'élève)
 Dossier d'aide particulière (documents relatifs au suivi de l'élève dont les besoins spécifiques nécessitent une aide individuelle particulière)

Modalité(s) de transmission souhaitée(s) : Télécopieur
 Poste*
 Courrier électronique**

* Les frais de reproduction, de transcription et de transmission liés à une demande d'accès sont gratuits jusqu'à concurrence du montant prévu dans le Règlement sur les frais exigibles pour la transcription, la reproduction et la transmission de documents et de renseignements personnels (L.R.Q. c. A-2.1, r.3), art. 3.

** La transmission de renseignements personnels par courriel n'est pas recommandée pour des raisons de sécurité de l'information (courriel intercepté, destinataire erroné, utilisation à mauvais escient, etc.) La personne concernée est toutefois libre de choisir d'encourir le risque.

AUTORISATION (Cette demande ne peut être traitée sans l'acceptation des conditions énumérées ci-dessous)

- Attestation** : J'atteste être la personne indiquée, et je suis conscient que toute demande frauduleuse entraînera des sanctions judiciaires
 Autorisation : J'autorise la communication des renseignements spécifiés suivant les modalités indiquées dans le présent formulaire.

_____ Date : _____ Signature – répondant(s) _____ Date: _____

Conformément aux dispositions légales applicables (L.R.Q. c. A-2.1) art. 98, veuillez noter que nous disposons d'un délai de 20 jours consécutifs suivant la réception de la demande pour en effectuer le traitement.