|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 : Père Mère Tuteur légal Autre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Statut : Père Mère Tuteur légal Autre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÉCOLE AUTORISÉE À** | **COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**  **RECEVOIR DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS** | | |  |
| Nom, prénom   |  | | --- | | **Chantale Côté** | | | | Organisation   |  | | --- | | **École Ste-Hélène** | | |
| Fonction   |  | | --- | | **Secrétaire** | | | | Adresse   |  | | --- | | **11, rue Saint-Maurice, Lévis G6Z 7J4** | | |
| Téléphone   |  | | --- | | **418-834-2472** | | | Télécopieur   |  | | --- | |  | | Adresse courriel   |  | | --- | | **Ste-helene@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   |  | | --- | |  | | | Télécopieur   |  | | --- | |  | | 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 :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature – répondant(s) | | | | |