

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE TRANSFERT D'INFORMATION

SERVICES ÉDUCATIFS, SECTEUR JEUNES

(À COMPLÉTER PAR LE PARENT)

Nous autorisons par la présente : _____

Nom du professionnel/psychologue ou psychoéducateur
EN LETTRES MOULÉES

à donner toute information concernant mon enfant aux professionnels
(psychologue-psychoéducateur) du comité de dérogation du Centre de services
scolaire de Laval.

Nom de l'enfant: _____

EN LETTRES MOULÉES

Sexe : Garçon Fille

Date de naissance de l'enfant : jour _____ mois _____ année _____

Nom des parents (tuteur) :

Nom et prénom : _____ mère père tuteur

EN LETTRES MOULÉES

Signature: _____

Nom et prénom : _____ mère père tuteur

EN LETTRES MOULÉES

Signature: _____

Date : _____