

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

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

Nom et prénom de l'enfant : _____

Sexe : Garçon Fille

Date de naissance de l'enfant: _____
Année Mois Jour

Nom des parents (tuteur) :

Nom et prénom _____ mère père tuteur

Date : _____ Signature : _____

Nom et prénom _____ mère père tuteur

Date : _____ Signature : _____

Date : _____