

SERVICES COMPLÉMENTAIRES

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE TRANSMISSION

Nom de l'élève		D.D.N.	
École		Niveau	
Code permanent			
Personne qui traite cette demande			

Autorisation

Je, soussigné(e), _____, autorise _____ à transmettre par écrit, à communiquer verbalement ou à échanger sur les renseignements suivants :

<input type="checkbox"/> en orthophonie	Spécifiez →	
<input type="checkbox"/> en psychoéducation	Spécifiez →	
<input type="checkbox"/> en psychologie/psychiatrie	Spécifiez →	
<input type="checkbox"/> autre	Spécifiez →	

Au destinataire :

Nom			
Fonction			
Organisation			
Adresse			
Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur	

Signature

Cette autorisation est valide jusqu'au :	
Signature de l'autorité parentale ou de l'élève de 14 ans et plus	
Date	

Je renonce au délai de transmission de 15 jours