

AUTORISATION DE TRANSFERT DE DOSSIER D'ÉLÈVE

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom : _____ Date de naissance : _____

Nom et adresse des parents ou de la personne responsable (autorité parentale) : père mère tuteur :

Nom et prénom : _____ Téléphone : _____

Adresse complète : _____

AUTORISATION ET IDENTIFICATION

J'autorise _____
(Nom du requérant en lettre moulées) (Fonction)

du Centre de services scolaires des Samares de communiquer avec :

_____ (École / organisme) _____ (Adresse)

_____ (Téléphone) _____ (Courriel ou télécopieur)

afin d'obtenir ou de transmettre les informations d'ordre :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Académique | <input type="checkbox"/> Professionnel (réservé au personnel professionnel) |
| <input type="checkbox"/> D'aide particulière | <input type="checkbox"/> Psychologique |
| | <input type="checkbox"/> Orthophonique |
| | <input type="checkbox"/> Audiologique |
| | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

Veillez acheminer les informations à :

École secondaire Thérèse-Martin
916, rue Ladouceur
Joliette (QC) J6E 3W7

Coordonnées :

Adresse courriel : _____
Téléphone : (450) 758-3620
Télécopieur : (450) 755-7296

_____ Date

_____ Signature du détenteur d'autorité parentale

_____ Date

_____ Signature de la direction d'école

SECTION STRICTEMENT RÉSERVÉE AU PERSONNEL PROFESSIONNEL

Veillez acheminer les informations contenues au dossier professionnel sous pli CONFIDENTIEL à l'attention de :

École secondaire Thérèse-Martin
916, rue Ladouceur
Joliette (QC) J6E 3W7

Téléphone : (450) 758-3620
Télécopieur : (450) 755-7296

_____ Nom du professionnel en lettres moulées

_____ Signature du professionnel

_____ Signature du détenteur d'autorité parentale ou
de l'élève âgé de **14 ans ou plus** pour le dossier professionnel

Je, parent ou tuteur de l'enfant, renonce au délai de 15 jours concernant la transmission du dossier psychologique

_____ Date

_____ Signature du détenteur d'autorité parentale