

AUTORISATION À L'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS
(Formulaire pour agences multiples)

Surdité

Surdicécité

Cécité et basse vision

Je, soussigné/e _____ autorise par la présente, l'échange de renseignements / documents médicaux, psychologiques, scolaires, sociaux ou autres concernant

Nom de l'élève _____

(prénom)

(nom)

ADRESSE

(rue, app., ville
code postal)

DATE DE NAISSANCE

____ / ____ / ____
jour mois année

ÉCOLE _____

Entre les agences mentionnées ci-dessous :

AGENCE 1

AGENCE 2

Conseil scolaire et école de l'élève

AGENCE 3

AGENCE 4

Signature _____

Date _____

Lien de parenté _____