



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 de la Commission 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 : _____