



CONSENTEMENT A LA DIVULGATION D'INFORMATIONS
PARENT/GARDIEN/ELEVE ADULTE

Nom de l'élève :	
Date de naissance (jour-mois-année) :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	

Je soussigné(e) _____,
Nom du parent, tuteur ou élève adulte (en caractères d'imprimerie)

par la présente, autorise **Mme Sawssan Alayche** de **l'École Louis Legrand**

à communiquer des informations à / à obtenir des informations du

département de l'orientation

Nom et fonction

École Louis Legrand

École/Organisme

1480 Sandhill drive Ancaster Unit 1 B

Adresse

1 877 624 9631

Téléphone

L9C 4V5

Code Postal

Informations demandées : Accès au relevé de notes et au dossier DSO (dossiers scolaires)

Objet : Inscription dans notre école (évaluation, consultation, programmation, etc.)

Cette autorisation est valable un an à compter de la date de signature et peut être révoquée par écrit à tout moment. Ce consentement est donné volontairement.

Je reconnais par la présente que je n'aurai aucune réclamation contre l'École Louis Legrand découlant de l'information obtenue ou divulguée tel que spécifié.

Signature du parent/tuteur/élève adulte (à la main ou numérique)

Date (j-m-a)