



COMMISSION SCOLAIRE SIR-WILFRID-LAURIER  
SIR WILFRID LAURIER SCHOOL BOARD

## CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS

### ÉLÈVE CONCERNÉ :

Nom de l'élève :		Date de naissance :			
École :			JOUR	MOIS	ANNÉE
Adresse (résidence) :		Courriel :			
Parent n° 1 :		Téléphone (résidence) :			
Parent n° 2 :		⇒ Cellulaire :			
		⇒ Cellulaire :			

### PAR LA PRÉSENTE, J'AUTORISE LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS :

<input type="checkbox"/> Dossiers scolaires	<input type="checkbox"/> Dossiers de santé	<input type="checkbox"/> Rapports professionnels
---	--	--

PROVENANT DE:  À L'ORGANISME SUIVANT:  (Cocher la case appropriée.)

	NOM (nom de famille, prénom)	PROFESSION	ÉTABLISSEMENT	TÉLÉPHONE	COURRIEL
1					
2					
3					
4					
5					

À L'ORGANISME SUIVANT:  PROVENANT DE:  (Cocher la case appropriée.)

Unité administrative :	Services pédagogiques
À l'attention de :	
Courriel :	
Établissement :	Commission scolaire Sir-Wilfrid-Laurier
Adresse :	239, montée Lesage Rosemère (Québec) J7A 4Y9
Téléphone :	Télécopieur :
450 621-5600	450 965-4208

Le présent consentement est valide pour l'année scolaire en cours et peut être retiré en tout temps.

Date
------

Signature du titulaire de l'autorité parentale ou de l'élève âgé de 14 ans ou plus
---

(Veuillez faire une photocopie de ce formulaire pour vos dossiers.)

