

## 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*

à donner toute information concernant mon enfant aux professionnels (psychologue-psychoéducatrice) du comité de dérogation du Centre de services scolaire de Laval.

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Sexe : Garçon  Fille

Date de naissance de l'enfant: \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

#### Nom des parents (tuteur) :

Nom et prénom \_\_\_\_\_  mère  père  tuteur

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Nom et prénom \_\_\_\_\_  mère  père  tuteur

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_