



AUTORISATION DE TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'élève		D.D.N.	
École		Code permanent	

Je, soussigné(e), _____,
(nom de l'autorité parentale ou de l'élève de 14 ans et plus)
autorise _____ à transmettre
(intervenant, service ou organisme)
par écrit, à communiquer verbalement ou à échanger tout renseignement pertinent (ex : rapport, bilan ou autre) concernant l'élève :

<input type="checkbox"/> orthophonie	<input type="checkbox"/> pédopsychiatrie / adopsychiatrie
<input type="checkbox"/> psychoéducation	<input type="checkbox"/> ergothérapie
<input type="checkbox"/> psychologie	<input type="checkbox"/> pédiatrie / médecine familiale
<input type="checkbox"/> audiologie	<input type="checkbox"/> autre : _____

À (destinataire) :	
Fonction	Nom et coordonnées du professionnel (adresse, téléphone et courriel)
<input type="checkbox"/> orthophoniste	
<input type="checkbox"/> psychoéducateur	
<input type="checkbox"/> psychologue	
<input type="checkbox"/> _____	

Cette autorisation est valide jusqu'au : _____

Signature de l'autorité parentale ou de l'élève de 14 ans et plus

Date

Je renonce au délai de transmission de 15 jours (en psychologie seulement)