

SERVICES COMPLÉMENTAIRES
AUTORISATION DE TRANSMISSION
D'INFORMATION

CONFIDENTIEL

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom : _____ Date de naissance : _____
Code permanent : _____ Numéro de fiche : _____
Nom du père : _____ Nom de la mère à la naissance : _____

IDENTIFICATION DU DÉTENTEUR DE L'INFORMATION

Nom : _____ Profession : _____
(Nom du professionnel, CISSS, Centre de réadaptation, etc.)

Adresse : _____

AUTORISATION

Motif de transmission d'information: soutien à l'intégration scolaire

J'autorise _____ à transmettre à CSSDA
Détenteur de l'information à recevoir de Nom du destinataire

Adresse du destinataire : marie-victorin@cssda.gouv.qc.ca

Les informations suivantes : Dossier d'aide à l'élève Plan d'intervention
 Médical Social Orthophonique Pédopsychiatrique
 Psychologique Pédagogique Audiologique Ergothérapie
 Autres : _____

Spécifiez
Contenues : au dossier de mon enfant à mon dossier

Signature du détenteur de l'autorité parentale* ou de l'élève (14 ans et +) _____ **Date** _____
 Je renonce au délai de 15 jours applicable à cette autorisation

Signature du détenteur de l'autorité parentale* ou de l'élève (14 ans et +) _____ **Date** _____

Le code de déontologie des psychologues (CD art. 10) prévoit un délai de 15 jours pour révoquer mon consentement. Étant donné l'urgence de la transmission de cette information, je vous dispense de ce délai.

* Selon le code civil du Québec, que la garde de l'enfant ait été confiée à l'un des parents ou à une tierce personne, quelles qu'en soient les raisons, les père et mère conservent le droit de surveiller son entretien et son éducation et sont tenus d'y contribuer à proportion de leurs facultés (art. 605) à moins qu'il y ait déchéance de l'autorité parentale (art. 606).

Signature du requérant

Date