

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT

Formulaire de consentement

AUTORISATION À COMMUNIQUER ET ÉCHANGER DES RENSEIGNEMENTS

Je soussigné-e, _____
Nom et adresse

En ma qualité de _____
Personne autorisée

Pour l'enfant _____
Nom complet de l'enfant

Autorise _____
Nom de la personne responsable et ville

À obtenir de / À transmettre à

1- _____
Nom personne *Établissement*

Coordonnées

À obtenir de / À transmettre à

2- _____
Nom personne *Établissement*

Coordonnées

À obtenir de / À transmettre à

3- _____
Nom personne *Établissement*

Coordonnées

Les renseignements suivants : _____

Dans le cadre de : _____

L'autorisation de ce document est valable de la date de signature jusqu'au 30 septembre 2024.

Signature personne autorisée *Date*

Témoin à la signature *Date*

Par cette autorisation, les principaux responsables de votre enfant pourront communiquer avec les personnes-ressources impliquées auprès de lui. Un partage d'information a pour but de connaître et de répondre aux besoins spécifiques de votre enfant en gardant en tête l'inclusion de celui-ci.