

**AUTORISATION DE TRANSMETTRE DES RENSEIGNEMENTS
À L'EXTÉRIEUR DU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE**

**AUTORISATION DE RECEVOIR DES RENSEIGNEMENTS
DE L'EXTÉRIEUR DU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE**

Nom et prénom de l'élève _____

Date de naissance _____

Nom et prénom du père _____

Nom et prénom de la mère _____

Madame, Monsieur,

Par la présente, nous autorisons l'école _____

à transmettre à l'école des **Hauts-Clochers** les informations suivantes concernant notre enfant :

- | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------|
| ➤ | audiologiques | <input type="checkbox"/> |
| ➤ | orthophoniques | <input type="checkbox"/> |
| ➤ | pédagogiques | <input type="checkbox"/> |
| ➤ | orthopédagogiques | <input type="checkbox"/> |
| ➤ | psychologiques | <input type="checkbox"/> |
| ➤ | sociales | <input type="checkbox"/> |
| ➤ | médicales | <input type="checkbox"/> |
| ➤ | en orientation scolaire | <input type="checkbox"/> |
| ➤ | dossier d'aides particulières | <input type="checkbox"/> |
| ➤ | autres | <input type="checkbox"/> |

J'accepte _____ Date _____
(signature du(des) parent(s), ou de l'élève de 14 ans et plus, ou du tuteur)

Je refuse _____ Date _____
(signature du(des) parent(s), ou de l'élève de 14 ans et plus, ou du tuteur)