

IDENTIFICATION

Je soussigné(e) : _____
(demandeur)

Domicilié(e) au : _____
No. rue ville code postal

No. de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Autorise le Centre de services scolaires des Sommets à remettre ou à transmettre à :

_____ *Nom de la personne désignée*

_____ *Titre ou lien avec le demandeur* _____ *Nom de l'organisme (s'il y lieu)*

_____ *No. rue ville code postal*

No. de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Les documents ou renseignements suivants, contenus à mon dossier (ou au dossier de mon enfant mineur) :

<input type="checkbox"/> Relevé des apprentissages (relevé de notes)	<input type="checkbox"/> Bulletin(s) scolaire(s) : Secondaire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> Attestation de fréquentation	
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :	

DURÉE DE L'AUTORISATION

Cette autorisation est valable pour une durée de _____ jours, à compter de la date de la signature de cette procuration.
--

SIGNATURE

_____	_____
<i>(Signature manuscrite du demandeur obligatoire)</i>	<i>Date (année/mois/jour)</i>