

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

## Autorisation à communiquer des renseignements

Afin que les intervenants des Services adaptés du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue soient en mesure d'évaluer et mettre en place les services adéquats, je, soussigné(e),

\_\_\_\_\_

Prénom et Nom

en ma qualité d'étudiant(e), autorise l'établissement

\_\_\_\_\_

à communiquer à \_\_\_\_\_

les renseignements suivants :

Les plans d'interventions et tous les rapports d'évaluation contenus au dossier de l'étudiant, incluant les notes évolutives pertinentes

\_\_\_\_\_

***CE CONSENTEMENT EST VALABLE POUR UNE PÉRIODE DE 180 JOURS À COMPTER DE LA DATE DE LA SIGNATURE DU DOCUMENT.***

\_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Date