

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