
Autorisation de communiquer des renseignements

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
Père : _____	Mère : _____
Adresse : _____	Code postal : _____
Téléphone : Rés. : _____	Tr. : _____

JE, SOUSSIGNÉ :

nom du parent ou personne autorisée

AUTORISE :

nom du professionnel, titre, établissement

À RECEVOIR DE :

À TRANSMETTRE À :

nom du professionnel, titre, établissement

LES INFORMATIONS SUIVANTES :

CONCERNANT :

nom de l'enfant

. / /

Signature (parent ou personne autorisée)

année mois jour