

Autorisation ou refus de divulgation de renseignements personnels

Je soussigné(e) _____ autorise ou refuse la divulgation par le Centre de services scolaire de la Région-de-Sherbrooke de renseignements personnels me concernant ou concernant : _____ ; contenus dans le ou les document(s) suivant(s) :

Ces renseignements personnels seront communiqués à :

Nom de l'organisme _____

Nom de la personne _____,

à la condition que cet organisme s'engage à en assurer la confidentialité et à ne les utiliser que dans le cadre de l'exercice de ses fonctions. De plus, lorsque l'objet pour lequel ces renseignements personnels ont été recueillis sera accompli, l'organisme ci-haut mentionné s'engage également à les détruire de façon à en assurer la confidentialité.

Signé à Sherbrooke, le _____ 200__.

Signature de la personne concernée _____

ou de la personne détenant l'autorité parentale : _____

NOM EN LETTRES MOULÉES : _____

N^{os} de téléphone : _____