

BRINS DE SOLEIL CENTRE PRÉSCOLAIRE

Email: brinsdesoleil@gmail.com Tél: (902) 539-8854

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE PARTAGER DE L'INFORMATION

Nom du participant au Programme de prise en charge avant et après l'école en Nouvelle-Écosse/élève du Conseil scolaire acadien provincial : _____

Date de naissance : ____/____/____
j m a

École : _____

Regroupement:

- Nord
- Métro
- Sud

Le présent formulaire traite des échanges d'informations pertinentes concernant mon enfant entre :

Le Conseil scolaire acadien provincial et _____
(fournisseur du PPECAAE-NE).

Adresse :

Numéro de téléphone :

Informations demandées :

- Rapports en provenance du Conseil scolaire acadien provincial
- Rapports de professionnels de la santé
- Échanges entre le personnel scolaire, les employés du PPECAAE-NE

Je, _____, (parent/tuteur) comprends que l'information sera maintenue confidentielle entre les membres du personnel du Conseil scolaire acadien provincial et de l'agence indiquée ci-haut.

- J'autorise ces échanges
- Je n'autorise pas ces échanges

Signature du parent/tuteur

Témoïn

Date