(Logo de l’établissement)

**Établissement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CONSENTEMENT À LA TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS**

**ENTRE ÉTABLISSSEMENTS D’ÉTUDES POSTSECONDAIRES[[1]](#footnote-1)**

**Identification de la personne concernée par la transmission de renseignements personnels**

Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code permanent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Facultatif) (an/mois/jour)

**But de cette demande**

Cette demande de consentement vise à permettre la transmission de certains éléments de votre dossier des services adaptés. Les intervenant(e)s de votre établissement travailleront de concert, pour vous offrir des services continus, personnalisés et complémentaires. Pour ce faire, ils (elles) auront besoin d’échanger de l’information, afin de mieux comprendre votre situation et ainsi vous offrir un service qui répondra à vos besoins. Veuillez prendre note que ce consentement à la transmission de renseignements ne s’applique que pour l’offre de services. L’information détenue ne sera, en aucun cas, utilisée à d’autres fins.

Je consens à ce que les éléments suivants soient transmis :

**résumé de mes besoins en lien avec ma situation de handicap  résumé des interventions antérieures et actuelles**

**historique des services déjà dispensés  autre (préciser)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Par conséquent, j’autorise \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nom, titre, établissement)

à transférer mon dossier étudiant à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nom, titre, établissement)

|  |
| --- |
| Nom de l’étudiant(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature de l’étudiant(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Code permanent de l’étudiant(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom du représentant légal de l’étudiant(e) (le cas échéant) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature du représentant légal de l’étudiant(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom du (de la) professionnel(le) (et titre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature du (de la) professionnel(le) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Établissement \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Vous pouvez révoquer cette autorisation en tout temps, par écrit. [↑](#footnote-ref-1)