

Autorisation de transfert de données du Centre P.M.S

Je soussigné(e).....

Père / mère / personne responsable (1) de .....

L'élève (nom et prénom).....

Né(e) le.....

Autorise le Centre P.M.S de.....

Adresse.....

.....

.....

À transmettre les données psychologiques, médicales et sociales recueillies antérieurement à propos de l'élève mentionné.

À l'adresse : Communauté Française.

Centre Psycho-Médico-Social

11, rue des augustins.

Tél : 085/21.34.88 ou 21.33.27

Fax : 085/21.64.62

Date :

Signature :