



Lester B. Pearson School Board
 Commission scolaire Lester-B.-Pearson
STUDENT SERVICES DEPARTMENT
 1925 Brookdale Ave., Dorval, QC, Canada
 514.422.3000 • Fax: 514.422.3014
 www.lbpsb.qc.ca

PLEASE SELECT

- For filing (no action required)
 SSD to send documents(s)
 SSD to request document(s)

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

Student name: _____ Date of birth (yyyy-mm-dd): _____
 Name of school: _____ Grade/Program: _____
 Parent(s) name: _____
 Address: _____ City: _____
 Postal code: _____ Home phone #: _____ Cell phone #: _____

SEND INFORMATION TO:	I authorize the Lester B. Pearson School Board to <u>send</u> the information specified below to the following outside organization/school/medical provider/parent (specify): Organization/Name*: _____ Street address: _____ City & postal code: _____ Phone number(s): _____
RECEIVE INFORMATION FROM:	I authorize the Lester B. Pearson School Board to <u>receive</u> the information specified below from the following outside organization/school/medical provider/parent (specify): Organization/Name*: _____ Street address: _____ City & postal code: _____ Phone number(s): _____

I, the undersigned, authorise the **Lester B. Pearson School Board** to immediately send and/or receive the following confidential information, as specified above (please initial selections):

Psychology
 Psychiatry (i.e., comprehensive reports)
 Speech and Language Pathology
 Occupational Therapy
 Physiotherapy
 Academic Records
 Other: _____

Requested by (print name): _____ Title: _____
 Name of parent/guardian/student age 14+: _____
 Signature: _____ Date: (yyyy-mm-dd): _____

Authorizations for release of confidential information are valid for 365 days and can be withdrawn at any time.



Lester B. Pearson School Board
 Commission scolaire Lester-B.-Pearson
STUDENT SERVICES DEPARTMENT
 1925 Brookdale Ave., Dorval, QC, Canada
 514.422.3000 • Fax: 514.422.3014
 www.lbpsb.qc.ca

VEUILLEZ COCHER

À classer (aucune action requise)
 SSD doit envoyer des documents
 SSD doit demander des documents

AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS

Nom de l'élève: _____ Date de naissance (aaaa/mm/jj): _____

Non de l'école: _____ Année/programme: _____

Nom des parents: _____

Adresse: _____ Ville: _____

Code postal: _____ Tél. maison: _____ Tél. cellulaire: _____

ENVOYER L' INFORMATION À:	J'autorise la Commission scolaire Lester-B.-Pearson à <u>envoyer</u> les renseignements précisés ci-dessous aux organismes/écoles/fournisseurs médicaux/parents à l'externe (préciser): Organisation/Nom*: _____ Adresse postale: _____ Ville et code postal: _____ Numéro(s) de téléphone: _____
RECEVOIR L' INFORMATION DE:	J'autorise la Commission scolaire Lester-B.-Pearson à <u>recevoir</u> les renseignements précisés ci-dessous aux organismes/écoles/fournisseurs médicaux/parents à l'externe (préciser): Organisation/Nom *: _____ Adresse postale: _____ Ville et code postal: _____ Numéro(s) de téléphone: _____

Je, soussigné(e), autorise la **Commission scolaire Lester-B.-Pearson** à immédiatement envoyer et/ou recevoir les renseignements confidentiels suivants qui sont précisés ci-dessus (initiez les choix) :

Psychologie Psychiatrie (rapports complets) Orthophonie
 Ergothérapie Physiothérapie Scolaires (p. ex., PIA, bulletin) Autre: _____

Demandé par (nom en lettres moulées): _____ Titre: _____

Nom du parent/gardien/élève de + de 14 ans: _____

Signature: _____ Date: (aaaa/mm/jj): _____

Note : les autorisations ou la divulgation de renseignements confidentiels sont valides pour une durée de 365 jours et peuvent être retirées en tout temps.

* Remplir un formulaire par organisme