

| IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom de l'élève :                                                                                     | Prénom :                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Code permanent :                                                                                     | École :                                                                                                                                                                                                                                                           |
| AUTORISATION                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| J'autorise le Centre de services scolaire de Montréal, représenté par la direction d'établissement   | Nom de la direction d'établissement :                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                      | Nom de l'école ou de l'établissement :                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                      | Adresse complète :                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                      | Courriel :                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> À transmettre à :<br><br>ou<br><br><input type="checkbox"/> À recevoir de : | Nom de la direction d'établissement :                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                      | Nom de l'école ou de l'organisme :                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                      | Adresse complète :                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                      | Courriel :                                                                                                                                                                                                                                                        |
| (cocher)                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Les documents versés au(x) :                                                                         | <input type="checkbox"/> Dossier scolaire.<br>Précisez les documents : Bulletins, relevés de notes                                                                                                                                                                |
|                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Dossier d'aide particulière. Plans d'interventions, mesures d'adaptations spécifiques mises en place, bilan des services professionnels reçus (orthopédagogie, orthophonie, etc.), profil des forces, défis et besoins de l'élèves, etc. |
|                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Dossier ou rapport professionnel.<br>Précisez les documents :<br>* À la réception d'un rapport professionnel externe, le formulaire N243 doit être signé par le titulaire de l'autorité parentale ou par l'élève de 14 ans et plus.      |
| Nom du titulaire de l'autorité parentale de l'élève mineur ou de l'élève de 14 ans et plus.          |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Signature du titulaire de l'autorité parentale de l'élève mineur ou de l'élève de 14 ans et plus     |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Date :                                                                                               | <b>Autorisation valide pour une période de 120 jours.</b>                                                                                                                                                                                                         |
| Date de transmission :                                                                               | Responsable de la transmission :                                                                                                                                                                                                                                  |