**AUTORISATION PARENTALE**

**EN VUE D’UNE ORIENTATION DANS UNE ÉCOLE À MANDAT RÉGIONAL**

École qui fait la demande :

Direction d’école :

**IDENTIFICATION**

Nom et prénom de l’enfant :       Date de naissance :

Adresse :

Ville :       Code postal :

Téléphone :       Parent :

Classe actuelle :

[ ]  J’ai été informé des services offerts.

J’autorise

(Nom de la direction)

**à transmettre le dossier de « Référence pour l’admission dans une école à mandat régional»** de mon enfantaux personnes invitées à participer au comité d’admission, en vue d’une fréquentation possible à :

[ ]  l’école secondaire de la Cité (Trouble du spectre de l’autisme - TSA)

Signature du parent :       Date :

      Date :