

T 450 652-6869 F 450 652-5773
104, boulevard de la Marine, Varennes QC J3X 1Z5
varennnes@ecolevision.com

NOTE : CE DOCUMENT DOIT ÊTRE REMIS À L'ÉCOLE DE PROVENANCE DE L'ÉLÈVE.

Identification de l'élève

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Code permanent : _____
 jj mm aaaa

École de provenance

École : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____
 Numéro et rue

 Ville Code postal

 Code postal

Courriel : _____

Responsable de l'école : _____ Fonction : _____

Informations demandées

Dossier scolaire de l'élève pour l'année _____

Dossier d'accompagnement (si l'élève a bénéficié de mesure d'aide)

Autre : _____

Commentaires : _____

Autorisation

J'autorise _____ à remettre à l'École Trilingue Vision Varennes
 Nom de l'école de provenance
les informations et les documents demandés.

Signature : _____ Date : _____

Père Mère Tuteur Tutrice