



T 819 821-1133 F 819 821-3909

5100, rue Henri-Labonne, Sherbrooke QC J1N 1J1

sherbrooke@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

\_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Ville Code postal

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 Sherbrooke  
Nom de l'école de provenance  
les informations et les documents demandés.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Père

Mère

Tuteur

Tutrice