

AUTORISATION POUR UNE TIERCE PERSONNE

Nous vous demandons de remplir ce formulaire si vous faites une demande d'archives pour une autre personne.

Nom de la personne pour qui vous faites la demande : _____

Nom de la personne qui fait la demande : _____

Organisme pour lequel vous travaillez (si applicable) : _____

Moi, _____, autorise le Centre de services scolaire de Kamouraska–Rivière-du-Loup à :

Transmettre les documents demandés me concernant par courriel à la personne mentionnée ci-dessus, en utilisant l'adresse courriel suivante :

_____ .

Transmettre les documents demandés me concernant par la poste à la personne mentionnée ci-dessus à l'adresse suivante :

Signature de la personne représentée

Date

Transmettre ce formulaire dûment rempli à l'adresse secgen@cskamloup.qc.ca et ne pas oublier de remplir le formulaire principal de demandes d'archives qui se trouve à l'adresse suivante : <https://www.cskamloup.qc.ca/notre-organisation/demandes-et-plaintes/bulletins-et-relevés-de-notes/>.