ÉCOLE TRILINGUE
VISION
VICTORIAVILLE

Demande de transfert de dossier scolaire

T 819 357-3545 **F** 819 357-3945
905, boulevard des Bois-Francs Sud, Victoriaville QC G6P 5W1
victoriaville@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 Victoriaville
Nom de l'école de provenance
les informations et les documents demandés.

Signature : _____ **Date :** _____

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Tutrice