

À COMPLÉTER EN LETTRES MOULÉES

| | |
|---|---------------|
| PARTIE 1 – À COMPLÉTER PAR LE POLICIER OU L'ENQUÊTEUR | |
| 1.1 IDENTIFICATION DU POLICIER OU DE L'ENQUÊTEUR DU GOUVERNEMENT | |
| Corps policier ou ministère : | |
| Nom et prénom du policier ou de l'enquêteur : | |
| Numéro de matricule ou d'identification : | |
| Téléphone : | Courriel : |
| 1.2 RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LE POLICIER OU L'ENQUÊTEUR AU SOUTIEN DE SA DEMANDE D'ACCÈS | |
| Numéro d'événement ou de dossier (obligatoire) : | |
| Résumé des circonstances (le cas échéant) : | |
| Nom de l'établissement concerné : | |
| Nom et prénom de l'élève visé par la demande : | |
| Date de naissance de l'élève visé par la demande ou son âge, si connu : | |
| 1.3 MODE DE CONSULTATION OU DE TRANSMISSION SOUHAITÉ | |
| <input type="checkbox"/> Consultation sur place <input type="checkbox"/> Copie en main propres <input type="checkbox"/> Transmission par courriel | |
| 1.4 RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS SUR L'ÉLÈVE QUI FAIT L'OBJET DE LA DEMANDE | |
| <input type="checkbox"/> Nom et prénom <input type="checkbox"/> Photo scolaire <input type="checkbox"/> Coordonnées <input type="checkbox"/> Nom des parents <input type="checkbox"/> Fiche d'inscription ou preuve de fréquentation scolaire <input type="checkbox"/> Rapports d'absence <input type="checkbox"/> Bande vidéo (caméra de surveillance) <input type="checkbox"/> Autres : _____ | |
| SIGNATURE DU POLICIER OU DE L'ENQUÊTEUR : | DATE : |
| PARTIE 2 – À COMPLÉTER PAR LA DIRECTION DE L'ÉTABLISSEMENT | |
| 2.1 RENSEIGNEMENTS OU DOCUMENTS TRANSMIS CONCERNANT L'ÉLÈVE SUIVANT | |
| <input type="checkbox"/> Nom et prénom <input type="checkbox"/> Photo scolaire <input type="checkbox"/> Coordonnées <input type="checkbox"/> Nom des parents <input type="checkbox"/> Fiche d'inscription ou preuve de fréquentation scolaire <input type="checkbox"/> Rapports d'absence <input type="checkbox"/> Bande vidéo (caméra de surveillance) <input type="checkbox"/> Autres : _____ | |
| 2.2 MODE DE CONSULTATION OU DE TRANSMISSION AUTORISÉ | |
| <input type="checkbox"/> Consultation sur place <input type="checkbox"/> Transmission en main propres <input type="checkbox"/> Transmission par courriel | |
| Date de la consultation ou de la transmission : | |
| SIGNATURE DE LA DIRECTION : | DATE : |